

Suizide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten

**Dargestellt an den Landkreisen Erlangen und Forchheim sowie
den Städten Erlangen, Hof und Forchheim**

von

Irma Schierl

aus

Lindner-Waldhäuser

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548408_0063

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck)

Suizide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten

**Dargestellt an den Landkreisen Erlangen und Forchheim sowie
den Städten Erlangen, Hof und Forchheim**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Irma Schierl

aus

Lindner-Waldhäuser

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. L. Demling

Referent: Priv.-Doz. Dr. F. Böcker

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 3. Dezember 1973

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I Einleitung	1
II Material und Methode	5
III Ergebnisse	10
A Allgemeiner Teil	10
1. Die Geschlechts- und Altersverteilung	10
2. Der Familienstand	25
3. Die Berufsstruktur	31
4. Die Suizidmethoden	44
5. Die Heimatzugehörigkeit	50
6. Suizidhäufigkeit und Religion	53
Erörterung der Ergebnisse	56
B Casuistischer Teil	71
1. Die Diagnosen	71
a) Die endogenen Psychosen	71
b) Sucht, getrennt in Alkoholismus und Medikamentenabusus	88
b 1) Der Einfluß von Alkohol auf das Suizidgeschehen	91
b 2) Die Motive bei Alkoholikern	94
c) Die reaktiven Suizide und Motive	102
d) Eine diagnostische Zuordnung ist nicht möglich	118
2. Informative Verhaltensweisen und aus der Vorgeschichte bekanntgewordene Suizidver- suche	119
IV Zusammenfassung	127

I EINLEITUNG

Menschen, die Hand an sich legten, sind im Wandel der Zeit ganz unterschiedlich beurteilt worden. In den vergangenen Jahrhunderten wurde der Suizid von kirchlicher Seite als Todsünde gewertet, der "Sünder" verdammt, und ihm ein christliches Begräbnis verweigert. Für den Bilanzselbstmord gilt das heute noch. Weltliche Institutionen verurteilten die Selbsttötung lange Zeit als kriminelle Handlung. Bis in die jüngste Vergangenheit mußten sich in England Juristen mit Selbstmördern befassen, bzw. Selbstmordversuche bestrafen. Aus heutiger Sicht mutet ein solches Vorgehen geradezu absurd an, denn selbstverständlich stellte auch damals Strafandrohung keine wirksame Suizidprophylaxe dar.

In anderen Kulturräumen mit anderen Gesellschaftsordnungen und Weltanschauungen wurde der Suizid nicht nur geduldet, sondern in bestimmten Situationen sogar erwartet.

F. Dubitscher (1957) berichtet u. a. über die Witwensuizide in Indien und China, besonders ausführlich behandelt er das Harakiri der Japaner.

Wie sehr Traditionsgebundenheit die Handlungen des Einzelnen beeinflussen können, zeigte sich am Tag der Kapitulation

Japans im September 1945. Aus Protest gegen die als schmachvoll empfundene Entscheidung des Kaisers begingen viele Japaner im Palastpark Selbstmord.

Das Phänomen Suizid hat zu allen Zeiten die Philosophie herausgefordert, insbesondere im Zusammenhang mit der Frage nach dem Sinn des Lebens.

Erstmals im Jahre 1897 wurde der Suizid zum Gegenstand empirischer Forschung. E. Durkheim (1897) untersuchte soziologische Einflüsse, die als "extrapersonale Kräfte" auf das Suizidgeschehen wirken. In der Folgezeit entstanden Statistiken, an denen man die Entwicklung der Suizidhäufigkeit in den vergangenen 70 Jahren verfolgen kann. R. Gaupp, (1910) H. W. Gruhle, (1940), H. Bayreuther, (1959) G. Dotzauer, H. Goebels und H. Legewie, (1963)

Erst spät beschäftigten sich die Psychiater mit diesem Problem. Sie haben in den letzten Jahren die wichtigsten Beiträge geliefert. Durch ihre Forschungsergebnisse wurde es häufig, im Suizid eine Krankheit sui generis zu sehen. Vielmehr wertet heute die Mehrheit der Psychiater den Suizid als Symptom einer psychischen Krankheit oder seelischen Störung.

Dennoch ist der Suizid kein rein psychiatrisches Problem. Schon 1910 verwies R. Gaupp auf die ätiologische Bedeutung "biologischer, soziologischer und psychologischer" Faktoren. Er deutet damit an, daß Wissenschaftler, wenn sie sich eines so vielschichtigen Problems annehmen, im Interesse der Betroffenen nach Möglichkeit interdisziplinär zusammenarbeiten sollten. Diese interdisziplinäre Forschung ist durch die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung wesentlich größer geworden. Mit ihrer Hilfe können all die Bedingungen viel leichter untersucht werden, die die Suizidneigung fördern.

Es mag überflüssig erscheinen, der unübersehbaren Fülle von Untersuchungen über den Selbstmord (H. Rost (1927) und De Boor (1949) führen zusammen über 5 000 Beiträge zu diesem Thema an), eine weitere hinzuzufügen.

Seit 1950 ist die Suizidziffer in Deutschland unverändert hoch. Von etwa 80 000 bis 90 000 Selbstmordhandlungen enden nahezu 13 000 tödlich. Diese Zahlen werden mit allgemeiner Resignation hingenommen, als wäre Suizid etwas Unabänderliches und dessen Bekämpfung ohnehin erfolglos. Allein diese mißliche Lage begründet die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Zudem bleibt das Suizidverhalten nicht über größere Zeiträume hinweg konstant, es ändert sich mit dem Zeitgeist.

F. Böcker (1970): "Diese Einflüsse verändern aber nicht nur die Zahl von suizidalen Handlungen bestimmter Bevölkerungsgruppen, sie verändern ebenfalls die Art und Weise, in der diese Handlungen ausgeführt werden". Das bedeutet aber auch, daß das Selbstmordproblem nie erschöpfend "abgehandelt" werden kann.

Nahezu alle bisher veröffentlichten Statistiken erfassen großstädtische Bevölkerung. In der vorliegenden Untersuchung werden Daten über das Suizidverhalten in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten registriert. Es soll untersucht werden, ob innerhalb dieser Gebiete Unterschiede bestehen. Die hier gefundenen Ergebnisse werden wir, soweit möglich, mit denen aus einer Großstadt vergleichen.

II Material und Methode

Die Arbeit stützt sich auf polizeiliche Ermittlungsakten aus dem Raum Mittel- und Oberfranken. Die Untersuchung umfaßt einen Zeitraum von 5 - 17 Jahren.

Für die Städte Forchheim und Erlangen konnten die Akten aus den Jahren 1955 bis 1971, für die Landkreise Forchheim und Erlangen aus den Jahren 1962 bis 1971 und schließlich für Hof aus den Jahren von 1967 bis 1971 ausgewertet werden.

Wir haben unsere Untersuchungen in Erlangen angestellt, einer mittelgroßen Stadt in Mittelfranken mit 72 828 Einwohnern (die Einwohnerzahlen sind jeweils Mittelwerte aus den Volkszählungen der letzten Jahre). Erlangen ist in der Berufsstruktur ausgewogen: Arbeiter, Angestellte und Handwerker (eine große Zahl von Kleinbetrieben) sind etwa gleich häufig vertreten. Erlangen ist Universitätsstadt und somit die Stadt in unserem Untersuchungsgut mit den meisten jungen Menschen, die sich noch in Ausbildung befinden.

Die Stadt Hof in Oberfranken mit 54 424 Einwohnern bietet im Gegensatz dazu ein Bild, das geprägt ist von der textilproduzierenden- und verarbeitenden Industrie. Hof hat nur wenig Handwerksbetriebe, somit sind die Arbeiter in der

großen Überzahl. Es ist von Bedeutung, daß Hof die größte Überalterung der Bevölkerung unter allen Städten Bayerns aufweist.

Forchheim ist eine Kleinstadt in Oberfranken mit 20 730 Einwohnern. Die Berufsstruktur Forchheims ist ausgewogen. Es ist Industrie angesiedelt, jedoch sind auch viele Kleinbetriebe vorhanden.

Der Landkreis Forchheim (Oberfranken) mit seinen 44 361 Einwohnern ist ein rein ländliches Gebiet mit vielen kleinen Dorfeinheiten, das überwiegend agrarwirtschaftlich genutzt wird. Etwa 30 % der männlichen Bevölkerung sind Landwirte.

Im Gegensatz dazu spielt die Landwirtschaft im Landkreis Erlangen mit einem Prozentsatz von 5 - 10 % eine untergeordnete Rolle. Der Landkreis ist nur halb so groß, wie der Landkreis Forchheim und gehört zum direkten Einzugsgebiet der Stadt Erlangen. Die Verhältnisse im Landkreis sind demnach denen der Stadt sehr ähnlich.

Als statistische Grundlage zur Errechnung der Suizidziffern dienten die Volkszählungen von 1961 und 1970. Um möglichst genaue Zahlen zu erhalten, wurden für die Städte Erlangen und Forchheim, deren Material wir für den relativ großen Zeit-

raum von 17 Jahren überblicken, die Werte der Volkszählungen folgendermaßen verwendet:

Für die ersten 7 Jahre (von 1955 - 1961) wurde nur die Volkszählung von 1961 herangezogen. Für die Jahre 1962 bis 1971 wurden die Zahlen der beiden Volkszählungen gemittelt. Solche Mittelwerte waren auch die Berechnungsgrundlage für die Suizidziffern in den Landkreisen Forchheim und Erlangen, da für diese Kollektive der Beobachtungszeitraum 10 Jahre beträgt. Für Hof wurden die Zahlen alleinig der Volkszählung 1970 entnommen.

Durch die andere Methodik der Zusammenfassung von Altersgruppen in amtlichen Statistiken (z. B. 9 - 12, 13 - 15 Jahre usw.) bedingt, ergab sich für uns die Notwendigkeit, in größere Altersgruppen (z. B. 10 - 19, 20 - 29 Jahre usw.) einzuteilen. Durch das von uns gewählte Verfahren haben wir die Entstehung von Fehlern jedoch sicher so gering wie möglich gehalten. Für die Vergleiche der Kollektive miteinander heben sich mögliche Fehler mit hoher Wahrscheinlichkeit gegeneinander auf, so daß die Vergleichbarkeit nicht beeinträchtigt erscheint.

Ausgezählt wurden:

- Geschlechtsverteilung
- Altersverteilung

(in 10-Jahresgruppen bis zum 50. Lebensjahr; eine

weitere Unterteilung der über 65-jährigen war wegen fehlender Berechnungsgrundlagen nicht möglich)

- Familienstand
- Berufsstruktur
(eingeteilt in 9 Gruppen)
- Methode
(12 Merkmale)
- Heimatzugehörigkeit

Wir waren zunächst davon ausgegangen, daß bei der Untersuchung nur die Personenstandsdaten verwendet werden könnten. Bei etwa der Hälfte der Fälle zeugt das Aktenmaterial aber von sehr umfangreichen Ermittlungen. Die Polizeibeamten verhörten sämtliche Familienmitglieder so gründlich, daß sich vielfach ein abgerundetes Persönlichkeitsbild ergab, und oft die Entwicklung bis hin zum Selbstmord erhellt wurde. So begnügten sich die Beamten nicht damit, nur ein Motiv zu finden, sondern stellten die ganze Umweltsituation und lebensgeschichtliche Entwicklung einschließlich der Familienanamnese dar. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, die Diagnosen und die motivischen Zusammenhänge zu ermitteln. Wenn möglich zählten wir weiter aus:

- Diagnosen
(4 Merkmale). In diesem Rahmen werden die Motive bei Alkoholismus und den "reaktiven" Suiziden untersucht.

- Alkoholeinfluß während der Tat
- frühere Selbstmordversuche und geäußerte Suizidabsichten.

Hierbei kann sich kein vollständiges Bild ergeben, da Aussagen über Suizidversuche und Suizidabsichten in den Akten nicht regelmäßig enthalten sind. Bei denjenigen Fällen, bei denen eine entsprechende Aktennotiz fehlt, bleibt es unklar, ob tatsächlich keine Suizidversuche vorkamen bzw. Selbstmordabsichten geäußert, oder nur nicht ermittelt wurden.

Die meisten Merkmale wurden regional ausgezählt. Nur ausnahmsweise haben wir ausschließlich die Gesamtzahl ermittelt, wie etwa bei den Suizidmethoden.

Die Arbeit kommt einer Totalerhebung gleich, da für die Untersuchungszeiträume alle gemeldeten und ermittelten Suizide erfaßt wurden. Von der Polizei wird eine Dunkelziffer verneint, bestenfalls mit weniger als 0,5 % angegeben, da alle unklaren Todesfälle routinemäßig untersucht wurden. Allerdings haben wir die Fälle, bei denen ein Unfall, -z. B. Schießen, Ertränken- nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, nicht in die Untersuchung einbezogen, sodaß eine geringe Dunkelziffer möglich ist. Diese dürfte aber für alle untersuchten Räume etwa gleich groß sein. Die Vergleichbarkeit der einzelnen Gruppen wird dadurch nicht beeinträchtigt.

III Ergebnisse

A. Allgemeiner Teil

1. Die Geschlechts- und Altersverteilung

Untersuchungen der letzten zwei Jahrzehnte zeigten immer wieder, daß mehr Männer durch Suizid sterben als Frauen. E. Stengel (1969) gibt für die BRD ein Verhältnis von 2:1 an, weist allerdings auf eine zunehmende Suizidziffer bei den Frauen hin. In unserem Untersuchungsgut von 330 Suiziden von Männern und 200 Suiziden von Frauen finden wir ein Verhältnis von 1,7 Männern zu 1 Frau. Dieses Verhältnis gilt allerdings nur für die Gesamtheit der Fälle (Tabelle 1).

Geschlecht	Anzahl	Prozent
männlich	330	62,5
weiblich	200	37,5
zusammen	530	100,0

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung aller Fälle, die von
1955 - 1971 erfaßt wurden.

In den verschiedenen untersuchten Gebieten finden wir eine sehr unterschiedliche Geschlechtsverteilung (Tabelle 2). Besonders deutlich ist die Abweichung von den Zahlen der Gesamtheit in Hof: 73 % der Suizide wurden von Männern, 27 % von Frauen unternommen. Damit hat Hof die geringste

prozentuale Beteiligung der Frauen (das Verhältnis Männer zu Frauen ist 2,7:1).

In Forchheim finden sich die geringsten Unterschiede (das Verhältnis von Männern zu Frauen ist 1,4:1).

Kollektiv	Geschlecht	Anzahl	Prozent	pro 100 000
Erlangen	männlich	168	59,5	27
	weiblich	114	40,5	17
	zusammen	282	100,0	23
Hof	männlich	59	73	39
	weiblich	22	27	18
	zusammen	81	100	30
Forchheim	männlich	30	57,7	18
	weiblich	22	42,3	11
	zusammen	52	100,0	15
Landkreis Forchheim	männlich	35	67	16
	weiblich	17	33	7
	zusammen	52	100	12
Landkreis Erlangen	männlich	38	60,2	22
	weiblich	25	39,8	14
	zusammen	63	100,0	21

Tabelle 2: Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Kollektiven.

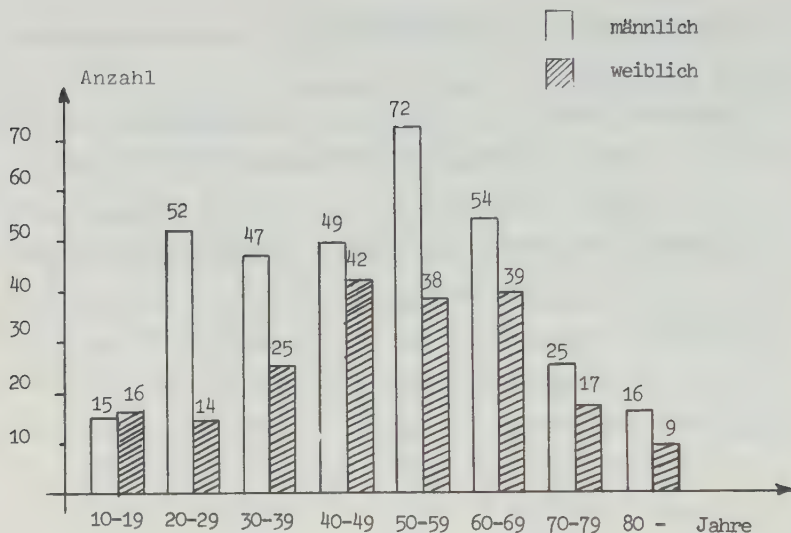


Abbildung 1: Geschlechts- und Altersverteilung aller 530 Fälle in absoluten Zahlen. Die Zahlen über den Säulen sind mit der Fallzahl identisch. Wir haben Zehnjahresabstufungen gewählt.

Die Altersverteilung (Abbildung 1) zeigt, daß die Männer in nahezu allen Altersgruppen die größeren Zahlen stellen. Allerdings lassen Aufstellungen nach absoluten Zahlen kaum Deutungen zu, da die Rückbeziehung auf die Größe der jeweiligen Bevölkerungsgruppe fehlt. Wir haben daher für die Untersuchung der Altersverteilung der einzelnen Kollektive die

Zahl der Suizide in den Altersgruppen auf die Größe der Altersgruppen in der Bevölkerung bezogen (Zahl der Suizide pro 100 000).

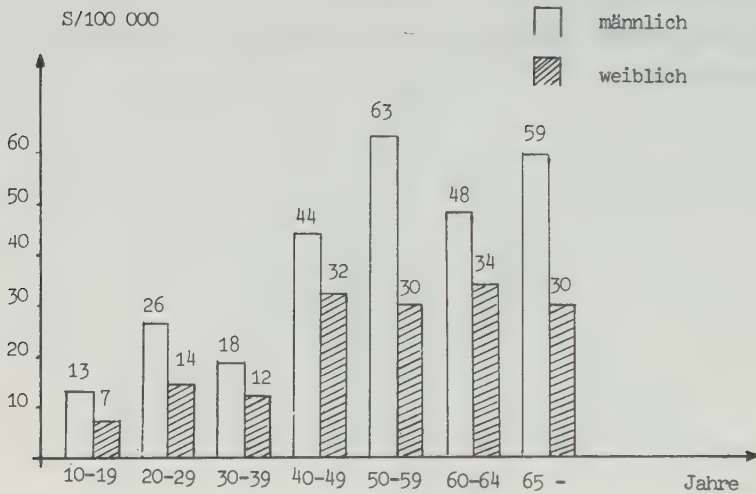


Abbildung 2: Erlangen

Zahl der Suizide bezogen auf 100 000 Einwohner
der gleichen Geschlechts- und Altersgruppe
für einen Beobachtungszeitraum von 17 Jahren
(vor. 1955 - 1971)

Für die Stadt Erlangen stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen dar:

Ein kleinerer Jugendgipfel liegt für beide Geschlechter bei der Gruppe der 20 - 29 Jahre alten Personen. Während bei den Frauen ab dem 40. Lebensjahr bis zu den Greisinnen die Suizidrate mit nur minimalen Schwankungen auf einem gleich hohen

Niveau bleibt, zeigen sich bei den Männern mehrere Gipfel, und zwar bei den 50 - 59- und über 65 Jahre alten Männern. Verglichen mit allen anderen Kollektiven zeigt sich für Erlangen eine relativ große Annäherung der Suizidrate der Frauen an die der Männer. (Siehe Tabelle 2)

Für die Männer errechnet sich eine Suizidziffer von 27, für die Frauen die von 17. Somit ergibt sich für Erlangen eine Suizidziffer von 23/100 000 Einwohner.

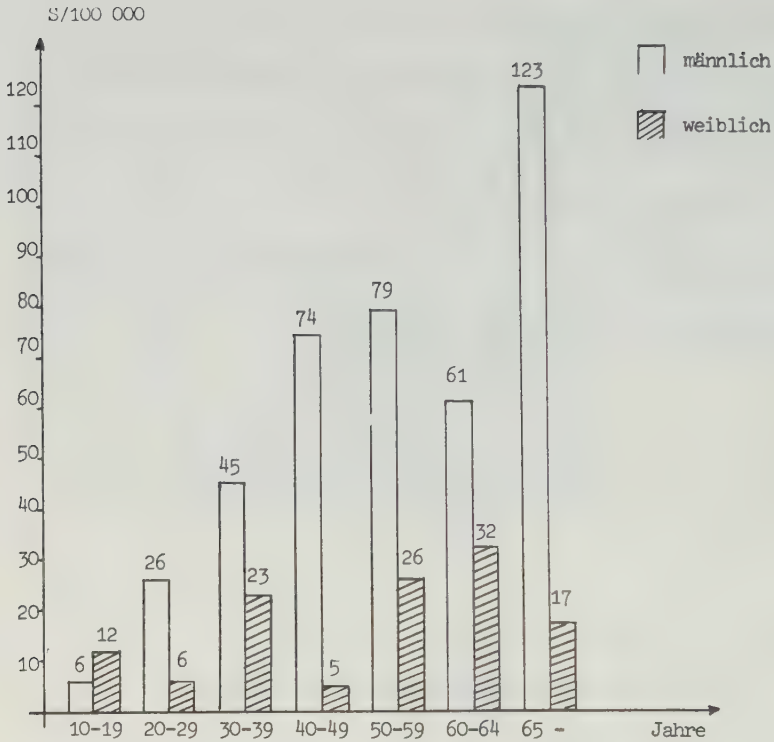


Abbildung 3: Hof

Zahl der Suizide bezogen auf 100 000 Einwohner der gleichen Geschlechts- und Altersgruppe für einen Beobachtungszeitraum von 5 Jahren (von 1967 - 1971).

In Hof findet sich eine extrem hohe Suizidrate bei den Männern. Mit zunehmendem Alter steigt sie an und fällt nur bei den 60 - 64 Jahre alten Männern geringfügig ab, um bei den älteren Männern auf das doppelte des vorangegangenen Wertes anzusteigen. Die Suizidziffer von 123 bei den über 65 Jahre alten Männern Hofs ist die höchste, die für eine Altersgruppe bei allen Kollektiven registriert werden konnte. Bei den Suizidraten der weiblichen Bevölkerung Hofs fällt auf, daß die Gruppe der 40 - 49 Jahre alten Frauen mit der Suizidziffer von 5 gegenüber allen anderen Kollektiven sehr niedrig liegt. Die 60 - 64 Jahre alten Frauen erscheinen als am meisten gefährdet. Hof hat mit einer Suizidziffer von 39 für die Männer und 18 für die Frauen die höchste Selbstmordfrequenz der untersuchten Kollektive. Die Suizidrate von 30 pro 100 000 Hofer Einwohnern liegt weit über dem Bundesdurchschnitt, der mit 20 angegeben wird.

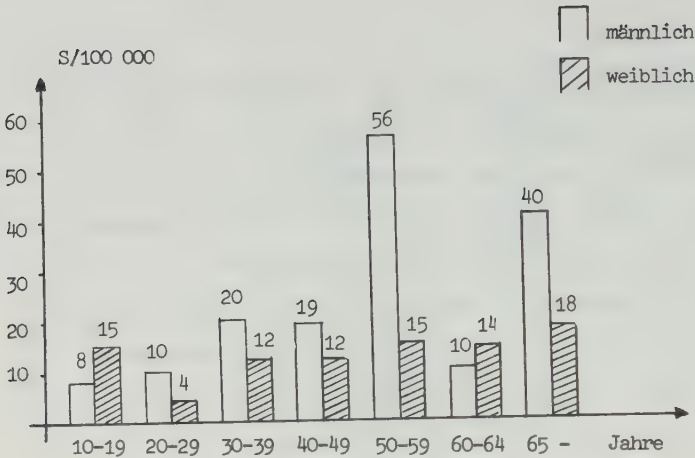


Abbildung 4: Forchheim

Zahl der Suizide bezogen auf 100 000 Einwohner der gleichen Geschlechts- und Altersgruppe für einen Beobachtungszeitraum von 17 Jahren (1955 - 1971).

In Forchheim liegen die Suizidziffern mit 18 bei den Männern bzw. 11 bei den Frauen und einem Mittel von 15 Selbstmorden je 100 000 der Bevölkerung niedriger als in Erlangen und Hof. Noch weiter unter dem Bundesdurchschnitt liegende Werte fanden wir nur noch im Landkreis Forchheim.

In Forchheim zeigen sich bei den Männern hohe Gipfel in den Gruppen der 50 - 59-jährigen und über 65-jährigen, während sich bei den Frauen keine auffälligen Niveauunterschiede ergeben. Wie in den Landkreisen Erlangen und Forchheim sind die über 65 Jahre alten Frauen die am meisten gefährdete Gruppe.

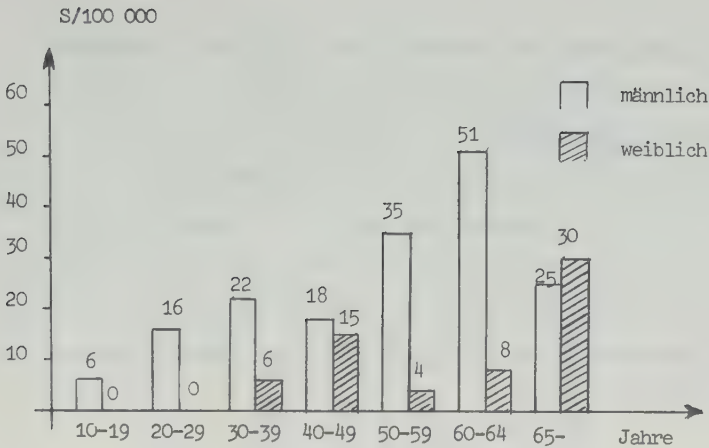


Abbildung 5: Forchheim Land

Zahl der Suizide auf 100 000 Einwohner der gleichen Geschlechts- und Altersgruppe für einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren (1962-1971).

Im Landkreis Forchheim liegt die Suizidrate niedrig. Es ist der kleinste Wert, den wir fanden, und zwar sowohl im Vergleich zu den in dieser Arbeit untersuchten Kollektiven, als auch im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. In dieser Region, der ländlichsten aller untersuchten, läßt sich ein fast kontinuierlicher Anstieg der Suizidrate bis hin zum Gipfel bei den 60 - 64 Jahre alten Männern erkennen, bei den noch älteren Männern fällt sie wieder ab.

Bei der weiblichen Bevölkerung liegen die Werte durchwegs niedriger als bei der männlichen, für die beiden Altersgruppen unter 30 Jahren ist in unserem Beobachtungszeitraum nicht ein einziger Selbstmord zu verzeichnen. Erstaunlich hoch ist dagegen der Anteil von Frauen über 64 Jahre. Ihre Suizidrate ist zwar nicht die absolut höchste, jedoch finden wir hier das einzige Kollektiv, in dem in dieser Altersgruppe relativ mehr Frauen als Männer Selbstmord ausgeführt haben.

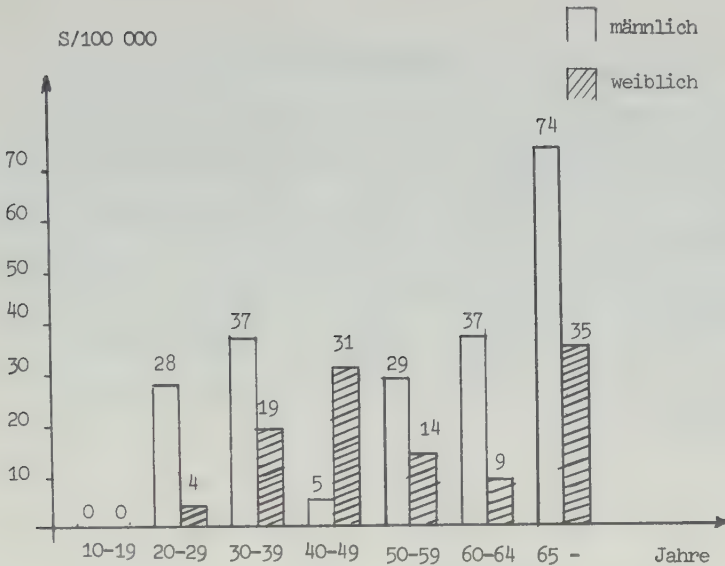


Abbildung 6: Erlangen Land

Zahl der Suizide bezogen auf 100 000 Einwohner der gleichen Geschlechts- und Altersgruppe für den Beobachtungszeitraum von 10 Jahren (1962-1971).

Der Landkreis Erlangen, südlicher Nachbar des Landkreises Forchheim, ist im Gegensatz zu diesem praktisch rein städtisch orientiert, seine Suizidraten liegen mit 22 (Männer) und 14 (Frauen) nicht sehr viel tiefer als bei der Stadt Erlangen. Unter den Jugendlichen war hier überhaupt kein Selbstmord zu verzeichnen, die Altersgruppe der 40 - 49

Jahre alten Männer zeigt die niedrigste Suizidziffer aller Kollektive. Während die übrigen Altersgruppen im Landkreis Erlangen unauffällig sind, folgt ein signifikanter Anstieg bei den Männern über 65 Jahren. Auch bei den Frauen ist kein Selbstmord in der Gruppe der 10 - 19 Jahre alten zu verzeichnen. Die Suizidrate steigt dann steil an bis zu den 40 - 49-jährigen, fällt dann ab, um mit den über 64 Jahre alten Frauen einen neuen, nicht wesentlich höheren Gipfel zu erreichen.

Zusammenfassung

Auch diese Arbeit bestätigt die Erkenntnis, daß mehr Männer Selbstmord ausführen als Frauen. 330 Selbstmorden bei Männern stehen 200 bei Frauen gegenüber. Besonders deutlich ist das Verhältnis in Hof mit 3:1 zu den Männern verschoben. Das erhöhte Suizidrisiko der Männer ist nicht auf eine bestimmte Altersgruppe begrenzt, es besteht vielmehr für fast alle Altersklassen. Besonders fällt die Tatsache auf, daß im Landkreis Forchheim bei den über 65 Jahre alten Suizidenten mehr Frauen als Männer zu verzeichnen sind; dafür ist nicht etwa eine besonders hohe Zahl von Selbstmorden bei den Frauen (nicht höher als in Erlangen Stadt und Land) verantwortlich, sondern überraschend wenige Suizide bei den Männern. In allen Untersuchungsgruppen finden wir Selbstmorde vor allem bei Menschen mittleren und höheren Alters, wobei Hof durch besonders hohe Suizidraten, speziell bei den über 65 Jahre alten Männern, herausragt.

Mit einem Mittel von 30 Suiziden/100 000 Einwohnern liegt Hof aber auch insgesamt weit über dem Bundesdurchschnitt, während Forchheim Stadt und der Landkreis Forchheim mit einer Suizidziffer von 15 bzw. 12 deutlich darunter bleiben. Auffallend hoch sind die Suizidraten auch bei den 20 - 29 Jahre alten Männern in Erlangen Stadt und Land - hier gehen sie vermutlich auf den hohen Anteil von Studenten

zurück- und in Hof -hier sind sehr viele ungelernte Arbeiter zu verzeichnen.

Bemerkenswert ist schließlich, daß die Suizidraten in der Stadt Erlangen und in dem dazugehörigen Landkreis einander sehr ähnlich sind, und auch die Selbstmordziffern der Stadt Forchheim und des Landkreises Forchheim nur geringfügig voneinander abweichen.

2. Der Familienstand

Um unter den Familienstandsgruppen Vergleiche ziehen zu können, muß auf 100 000 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe rückgerechnet werden. Der Vergleich absoluter Häufigkeiten würde zu ganz falschen Schlußfolgerungen führen.

Der Familienstand ist sehr wesentlich für die Lebenssituation des Einzelnen und beeinflußt dessen Bereitschaft zum Suizid. Die Ehe stellt nach immer wieder bestätigten Untersuchungen (E. Durkheim, H. W. Gruhle, E. Stengel, E. Ringel) einen Schutzfaktor, der Witwenstand einen Risikofaktor dar. Auch in unserem Material finden sich Unterschiede.

Die Ledigen sind in allen unseren Kollektiven offenbar am wenigsten gefährdet. Auch die Verheirateten haben mit Ausnahme der Männer in Hof niedrige Suizidziffern.

In der Reihenfolge zunehmender Suizidgefährdung schließen sich die Verwitweten und Geschiedenen an. Diese Aussage gilt für beide Geschlechter, wenn auch für die Männer in viel höherem Maße.

Vergleicht man die in Köln gefundene Suizidziffer (F. Böcker, 1973) für die jeweilige Familienstandsgruppe mit der mittleren Suizidziffer aus unseren Kollektiven, so sieht man bei der Gruppe der Ledigen und Verheirateten ganz ähnliche Verhältnisse,

die Unterschiede sind minimal. Dennoch fällt auf, daß die verheirateten und ledigen Männer und Frauen aus der Kleinstadt Forchheim und dem Landkreis Forchheim unter dem Durchschnitt liegende Suizidziffern aufweisen (vergleiche Abbildungen 7 und 8). Hier scheint sich ein Einfluß des Lebensraumes, nämlich des Landes bzw. der Kleinstadt, auszuwirken.

Die verwitweten Männer sind, wie Abbildung 7 eindrucksvoll zeigt, stark suizidgefährdet: der Mittelwert aus allen Kollektiven liegt bei 122 pro 100 000. Es ist allerdings zu berücksichtigen, daß die meisten Verwitweten bereits ältere Menschen sind, deren Suizidrisiko durch die Zunahme psychischer Erkrankungen im Alter, etwa auf dem Boden der Hirnarteriosklerose, ohnehin größer ist.

F. Böcker (1973) wies nach, daß das Alleinleben im Witwernstand für Männer wesentlich belastender ist als für Frauen. Wir können dies bestätigen. Bei den verwitweten Frauen ist die Suizidziffer in keinem der Kollektive annähernd so groß wie bei den Männern. Sie beträgt 20 pro 100 000.

Die Witwen des Landkreises Erlangen haben mit der Suizidziffer 30 die höchste Selbstmordfrequenz. Für Erlangen errechneten wir einen Wert von 23, der mit dem Kölner Wert übereinstimmt.

In dieser Familienstandsgruppe scheint die Suizidgefährdung

auch von der Konfessionszugehörigkeit abhängig zu sein.

Die Suizidziffern in den Kollektiven mit überwiegend protestantischer Bevölkerung liegen allgemein höher als bei den überwiegend katholischen Kollektiven. Am deutlichsten kommt dies zum Ausdruck beim direkten Vergleich der Suizidziffern der Witwer aus Hof (überwiegend protestantisch) mit denen des fast rein katholischen Landkreises Forchheim (3:1).

Daß bei den Verwitweten mehr die Religionszugehörigkeit als der Lebensraum zur Auswirkung kommt, zeigt der verhältnismäßig "niedrige" Wert für die Großstadt Köln. Die Mehrzahl der Kölner Einwohner ist katholisch.

Die Geschiedenen weisen das höchste Suizidrisiko auf. Auch in Köln hat diese Familienstandsgruppe die größte Suizidziffer. Diese liegt aber für beide Geschlechter deutlich niedriger als die Suizidziffern bei unseren Geschiedenen. Der Landkreis Forchheim als ländliches Gebiet schlechthin hat bei den männlichen Geschiedenen die höchste Suizidziffer, sie ist drei Mal so hoch wie in Köln. Die Kleinstadt Forchheim hat bei den Geschiedenen beiderlei Geschlechts eine etwa doppelt so hohe Suizidziffer wie in Köln. Hier wird der Lebensraum wirksam: die Suizidziffer

der Geschiedenen nimmt mit zunehmender Größe der Stadt ab.

Die relativ niedrigen Suizidziffern für die geschiedenen Männer und Frauen im Landkreis Erlangen stehen nicht im Widerspruch zu diesen Ausführungen. Wie an anderer Stelle erwähnt, gelten für den Landkreis Erlangen städtische Verhältnisse. Man kann das an der Häufigkeit der Scheidungen in der Normalbevölkerung bereits ablesen:

Im Landkreis Erlangen ließen sich von insgesamt 18 992 männlichen Einwohnern 162 scheiden. Im Landkreis Forchheim entschlossen sich von 22 636 männlichen Einwohnern nur 100 zur Scheidung. Bei den Frauen ist der Unterschied noch größer. Offenbar stehen einer Scheidung auf dem Land und in der Kleinstadt größere Hemmnisse entgegen.

Zahl/100 000

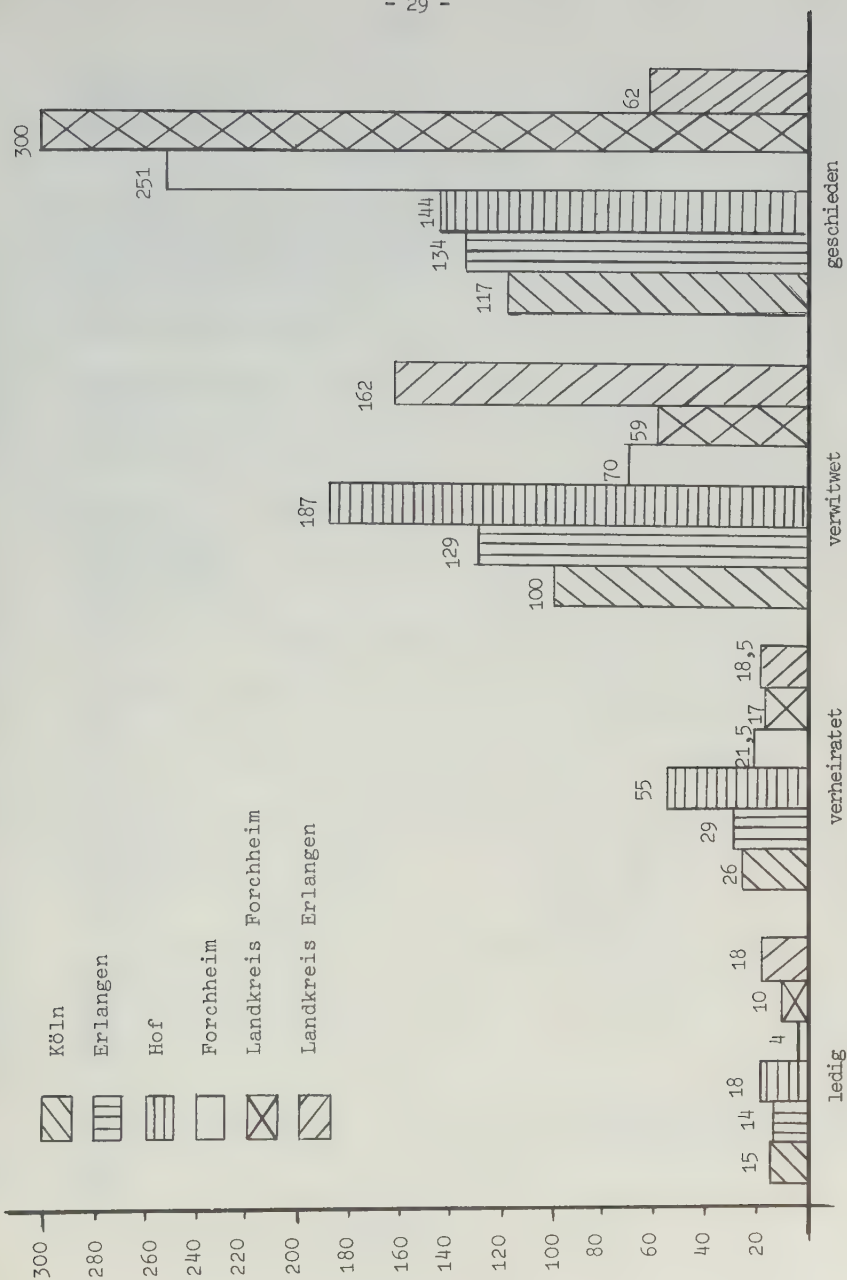


Abbildung 7: Familienstand und männliches Geschlecht. Zahl der Suizide bezogen auf 100 000 der jeweiligen Familienstandsgruppe in den von uns untersuchten Gebieten, verglichen mit Köln.

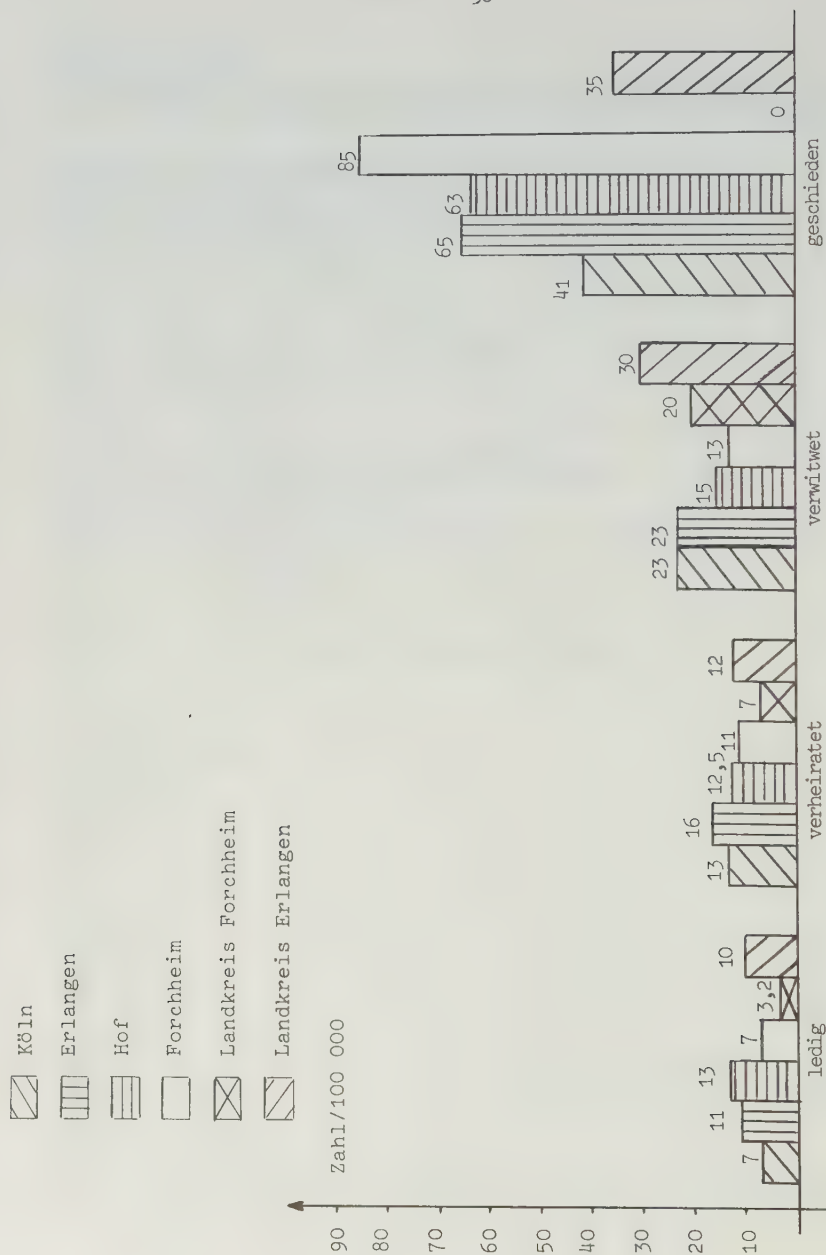


Abbildung 8: Familienstand und weibliches Geschlecht. Zahl der Suizidebezogen auf 100 000 der jeweiligen Familienstandsgruppe in den von uns untersuchten Gebieten, verglichen mit Köln.

3. Die Berufsstruktur

Wir haben bei den Männern in acht, bei den Frauen in sieben verschiedene Berufe bzw. Berufsgruppen unterteilt. Wir müssen uns bei fast allen Berufsmerkmalen darauf beschränken, die prozentuale Beteiligung am Suizidgeschehen in den einzelnen Kollektiven zu vergleichen. Nur ausnahmsweise (für die Landwirte in den Landkreisen Erlangen und Forchheim und die Akademiker in Erlangen) war der prozentuale Anteil in der Normalbevölkerung bekannt. Die Aufgliederung in Berufe und Wirtschaftszweige, wie sie aus den Volkszählungen zur Verfügung steht, war für unsere Zwecke kaum verwendbar. Der Volkszählung 1970 konnte lediglich die zahlenmäßige Beteiligung der Angestellten und Arbeiter entnommen werden. Danach errechneten wir die Suizidziffern dieser beiden Berufsgruppen in den einzelnen Kollektiven (Siehe Abbildung 9 und 10). Die Gesamtzahl der in Erlangen wohnenden Studenten war ebenfalls bekannt.

Die prozentuale Beteiligung der einzelnen Berufe (in den verschiedenen Kollektiven) stellt sich für die männlichen Selbstmörder folgendermaßen dar:

Erlangen hat prozentual den größten Anteil der in Ausbildung Befindlichen (13 % bei den Männern, 8 % bei den Frauen), bedingt durch den hohen Anteil der Studenten. Für diese sehr

umschriebene Gruppe ergab sich die hohe Suizidziffer von 28/100 000 männlicher und weiblicher Studenten. Eine derart hohe Suizidziffer kommt in der entsprechenden Altersgruppe (20 - 29 Jahre) nur bei den jungen Männern im Landkreis Erlangen vor.

Forchheim hat mit 10 % bei den Männern eine ähnliche hohe Beteiligung dieser Gruppe, hier sind es aber mehr Lehrlinge (in der Altersgruppe der 10 - 19 Jahre alten zu finden), die sich das Leben nahmen. In den anderen Kollektiven ist die Beteiligung gering, für Hof bezeichnenderweise 0 %.

Die Angestellten weisen mit 14 % nur in Erlangen eine größere Beteiligung auf. Das ist sicher auf die hohe Zahl der Angestellten eines großen Industriebetriebes zurückzuführen und läßt nicht auf ein erhöhtes Suizidrisiko für die Angestellten in Erlangen schließen. Mit 13 Suiziden/100 000 Angestellten ist es sogar bedeutend niedriger als in Hof. Die prozentuale Beteiligung der Angestellten beträgt dort nur 8,5 %, die Suizidziffer aber 28/100 000 dieses Berufszweiges.

Die Arbeiter sind neben den Rentnern in allen Kollektiven am stärksten vertreten. Im Durchschnitt waren 22 % aller Selbstmörder von Beruf Arbeiter. In Erlangen und Forchheim wurde dieser Prozentsatz unterschritten (17 %). Die Suizid-

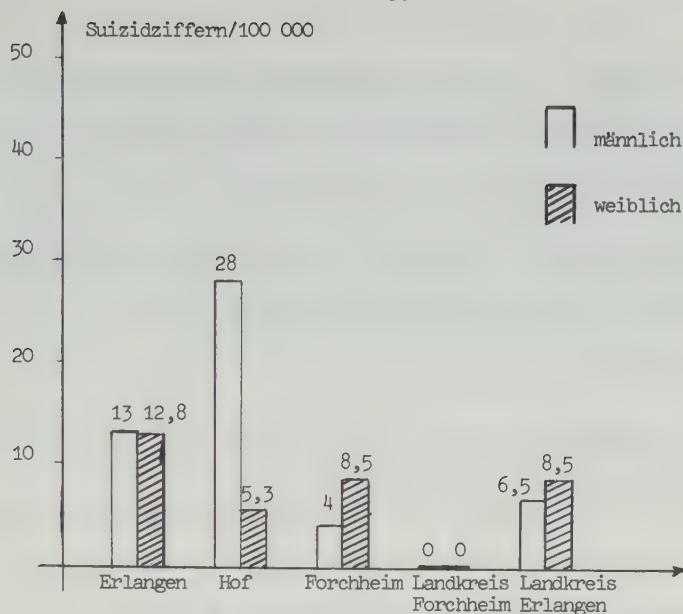


Abbildung 9: Suizidziffern für die männlichen und weiblichen Angestellten in den untersuchten Kollektiven

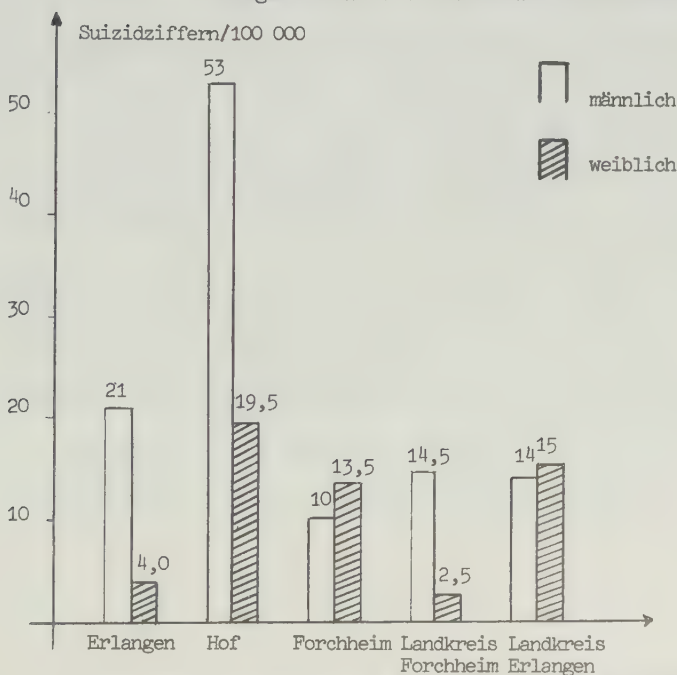


Abbildung 10: Suizidziffern für die männlichen und weiblichen Arbeiter in den untersuchten Kollektiven

ziffern waren jedoch unterschiedlich: in Erlangen kamen auf 100 000 Arbeiter 21, in Forchheim 10 Suizide. Der Landkreis Forchheim hat prozentual den größten Arbeiteranteil (31,5 %), aber die Suizidziffer liegt nicht höher als im Landkreis Erlangen mit nur 21 % Arbeitern. In Hof fallen 30 % der Suizide auf die Arbeiter. Ihr Suizidrisiko ist enorm hoch (53 Suizide/100 000 Arbeiter).

Für die Handwerker ergibt sich eine ganz ähnliche prozentuale Beteiligung am Suizid wie bei den Arbeitern. Durchschnittlich waren 18 % aller Selbstmörder Handwerker. In Erlangen (17 %), Forchheim (14 %) und den beiden Landkreisen Erlangen (23,5 %) und Forchheim (29 %) stimmen die Prozentzahlen mit denen der Arbeiter nahezu überein. Das Verhältnis Arbeiter zu Handwerker ist demnach in allen untersuchten Kollektiven etwa 1:1, nur in Hof ist es 3:1. Für Hof kann man annehmen, daß dies zum großen Teil auf die Normalverteilung zurückzuführen ist (neben dem oben erwähnten Suizidrisiko). In Hof dominiert die Textilindustrie bei weitem über die Handwerksbetriebe.

Der Landkreis Forchheim hat von allen Kollektiven (wie bei den Arbeitern) mit 29 % die größte Beteiligung der Handwerker. 60 % aller Suizide wurden dort von Arbeitern und Handwerkern ausgeführt.

7 % der Erlanger Normalbevölkerung sind Akademiker. Das ist für eine Stadt dieser Größenordnung ein sehr hoher Prozentsatz. In unserem Untersuchungsgut erreichen die Erlanger Akademiker 10,5, in Forchheim 10 %. Sie scheinen also in Forchheim mehr gefährdet zu sein, da dort ihr Anteil in der Bevölkerung viel niedriger liegen dürfte. Über die hohe Suizidanfälligkeit der Akademiker schreibt F. Böcker (1973):

"Ernsthafte Suizidversuche finden wir bei Studenten häufiger als bei Lehrlingen, bei Akademikern zahlreicher als bei Selbstständigen und Unselbstständigen. Je differenzierter die Berufstätigkeit ist, um so eher muß daher bei vorliegender Suizidgefahr mit einer konsequenten Durchführung der Tat gerechnet werden."

Die Landwirte sind im gesamten Untersuchungsgut nur mit 2,5 % beteiligt. Im Landkreis Forchheim sind 20 - 30 % der Bevölkerung landwirtschaftlich tätig, aber nur 3 % der Selbstmörder dieses Landkreises sind Landwirte. Dieser außerordentlich niedrige Wert ist um so erstaunlicher, wenn man bedenkt, daß dieser Beruf bis ins hohe Alter ausgeübt wird (Alter = erhöhtes Suizidrisiko). Es scheint jedoch, daß der Risikofaktor Alter durch Lebensaufgabe- und inhalt des alternden Landwirts ausgeglichen wird. Er ist zumeist noch fest in den Familienverband eingegliedert, dadurch ist das suizidfördernde Alleingelassensein ausgeschaltet.

Folgerichtig finden wir bei den über 65 Jahre alten Männern im Landkreis Forchheim die mit Abstand niedrigste Suizidziffer (siehe Abbildung 5).

Die Normalverteilung in den anderen Kollektiven beträgt für diesen Beruf etwa 5 %, im Landkreis Erlangen 5 - 10 %. In keinem Kollektiv erreichte die prozentuale Beteiligung der Landwirte am Suizid die Werte der Normalverteilung.

Die Rentner sind offenbar stark suizidgefährdet. In allen untersuchten Gebieten, mit Ausnahme des Landkreises Forchheim, stellen sie die größte Gruppe. Inwieweit sich hier die Verhältnisse in der Normalbevölkerung spiegeln, läßt sich leider nicht sagen. Für Hof darf man es zum Teil auf die starke Überalterung der Bevölkerung zurückführen, daß hier 36 % der Selbstmorde von Rentnern ausgeführt wurden. In Forchheim beträgt ihr Anteil 37 %.

Insgesamt waren im Durchschnitt 67 % der Selbstmörder berufstätig. Auffällig wenig (53,5 %) waren in Forchheim berufstätig, im entsprechenden Landkreis waren es mit 74 % dagegen sehr viele.

Zusammenfassend läßt sich für die einzelnen Kollektive über die Berufsverteilung folgendes sagen:

In Erlangen zeigt sich eine breite Streuung aller Berufsgruppen. Gegenüber den anderen Kollektiven sind die Werte

für die Arbeiter, Handwerker und Rentner niedrig, für die Akademiker und die in Ausbildung befindlichen jungen Menschen hoch. Hervorzuheben ist das hohe Suizidrisiko der Studenten.

In Hof sind die Arbeiter und Rentner mit jeweils 30 % beteiligt. Zu beachten ist hier das große Suizidrisiko der Arbeiter und Angestellten, sowie das von den anderen Kollektiven abweichende Verhältnis von Arbeitern zu Handwerkern.

Forchheim hat die größte Rentnerzahl. Die anderen Berufe sind ähnlich breit gestreut wie in Erlangen, nur fehlt in Forchheim der große Anteil der Angestellten.

Im Landkreis Forchheim sind die Arbeiter und Handwerker mit 60 %, die Rentner mit 20 % am Suizid beteiligt, die anderen Berufe also kaum vertreten. Besonders auffällig ist die niedrige Zahl der Landwirte, die durch Suizid umkommen.

Der Landkreis Erlangen ist dadurch gekennzeichnet, daß keine Gruppe besonders auffällt. Die 3 größten Gruppen: Arbeiter, Handwerker und Rentner verhalten sich sehr ähnlich wie der aus allen Kollektiven errechnete Durchschnitt.

Bei den weiblichen Personen stellten die Hausfrauen durchweg den größten Anteil. In Erlangen sind 55 % der Suizide von Hausfrauen ausgeführt worden. Im Durchschnitt waren es 49 %. Hier ist die fehlende Vergleichsmöglichkeit mit der

Normalverteilung besonders bedauerlich! Einerseits wird man einen hohen Anteil der Hausfrauen erwarten können, ob er aber über 50 % betragen darf, ist fraglich. So ist es unmöglich abzuschätzen, wie hausfrauliche Tätigkeit auf das Lebensgefühl wirkt, ob Hausfrauen tatsächlich weniger gefährdet sind als berufstätige Frauen. Denn die zunehmende Beteiligung der Frau am Suizid wird vor allem auf die vermehrte Berufstätigkeit zurückgeführt.

Wie bei den Männern sind die Angestellten mit 15 % in Erlangen am stärksten vertreten. Das Suizidrisiko erweist sich mit 13 pro 100 000 weiblicher Angestellter gleich groß wie bei den Männern. In allen anderen Kollektiven ist die prozentuale Beteiligung geringer und das Suizidrisiko niedriger.

Durchschnittlich waren 9 % der Frauen, die sich das Leben nahmen, als Arbeiterinnen beschäftigt. In Erlangen und Landkreis Forchheim ist die Suizidbeteiligung der Arbeiterinnen sehr niedrig, auch haben diese beiden Kollektive extrem niedrige Suizidziffern (siehe Tabelle 2).

Hof hat mit 24 % den größten Arbeiterinnenanteil. Die Suizidziffer ist dort mit 19/100 000 Arbeiterinnen, verglichen mit den anderen Kollektiven, sehr hoch.

Der Arbeiterinnenanteil beträgt (in der Reihenfolge abnehmen der Häufigkeit) im Landkreis Erlangen 20 % (die Suizidziffer ist 15), in Forchheim 18 % (die Suizidziffer ist 13,5) im

Landkreis Forchheim 6 % (die Suizidziffer ist 2,5) und in Erlangen 3 % (die Suizidziffer 3,8). Das Suizidrisiko scheint mit der prozentualen Beteiligung zu wachsen.

Akademikerinnen sind in diesem Material kaum vertreten, sie machen insgesamt nur 2,5 % aus. Die in Ausbildung befindlichen Mädchen sind ebenfalls nur unerheblich am Suizid beteiligt, nur in Erlangen ist durch eine größere Anzahl von Studentinnen ein prozentualer Anteil von 8 zu verzeichnen.

Nach den Hausfrauen stellen die Rentnerinnen die nächstgrößte Gruppe. Dabei ist es verständlich, daß ihr Anteil geringer ist als bei den Männern, da Frauen unter der Berufsbezeichnung "Rentnerin" erst dann erscheinen, wenn sie verwitwet sind, oder tatsächlich bis ins Rentenalter berufstätig waren.

In der Reihenfolge der Häufigkeit steht der Landkreis Forchheim mit 35 % obenan. In Forchheim waren 27 % der Selbstmörderinnen bereits im Rentenalter. Es folgen der Landkreis Erlangen mit 20 % und die Stadt Hof mit 14 %. In Erlangen war wie bei den Männern der Anteil dieser Berufsgruppe am niedrigsten. Durchschnittlich waren 30 % der Frauen, die durch Suizid starben, berufstätig. Auffallend viele Frauen, die in Hof Selbstmord verübten (43 %, überwiegend Arbeiterinnen), gingen neben der Hausarbeit einer Berufstätigkeit nach.

Für die Berufsverteilung in den einzelnen Kollektiven läßt sich abschließend folgendes sagen:

In Erlangen ist, wie bei den Männern, eine breite Streuung auf alle Berufe zu finden, wenn auch die Hausfrauen mit 55 % besonders hervortreten. Die Rentnerinnen sind hier mit 9 % weit unter dem Durchschnitt.

In Hof waren 43 % der Frauen, die durch Suizid ums Leben kamen, berufstätig, das liegt weit über dem Durchschnitt. Die Arbeiterinnen sind stark beteiligt (24 %), und haben ein großes Suizidrisiko.

In Forchheim und Landkreis Forchheim waren jeweils 41 % der Personen, die Hand an sich legten, Hausfrauen. Die Rentnerinnen hatten in diesen beiden Kollektiven die höchsten Werte. In Forchheim starben drei Mal soviel Arbeiterinnen an Selbstmord wie im entsprechenden Landkreis. In diesem Landkreis waren nur 23 % der Frauen berufstätig. Diese niedrige Zahl täuscht sicher, da die vielen Frauen, die neben ihrem Haushalt noch in der eigenen Landwirtschaft arbeiten, nicht als berufstätig registriert werden. Wie schon erwähnt, betreiben im Landkreis Forchheim 20 - 30 % der Normalbevölkerung eine Landwirtschaft.

Im Landkreis Erlangen läßt sich außer den Arbeiterinnen (mit 15/100 000 besteht auch ein relativ hohes Suizidrisiko)

keine Berufsgruppe als hervorstechend suizidgefährdet kennzeichnen.

Ein Vergleich mit den Kölner Ergebnissen konnte für die Berufsstruktur nicht angestellt werden, da nur für die Suizidversuche die Berufszugehörigkeit bekannt war.

M ä n n e r

Berufe und Berufsgruppen	Erlangen	Hof	Forchheim	Landkreis Forchheim	Landkreis Erlangen	zusammen
Anzahl	21	0	3	2	1	27
In Ausbildung						
%	13	0	10	5,5	2,5	8,5
Anzahl	23	5	1	0	2	31
Angestellte						
%	14	8,5	3,5	0	5,5	9,5
Anzahl	28	18	5	11	8	70
Arbeiter						
%	17,5	30,5	16,5	31,5	21	21,5
Anzahl	27	7	4	10	9	57
Handwerker						
%	16,5	12	13,5	28,5	23,5	17,5
Anzahl	17	2	3	0	1	23
Akademiker						
%	10,5	3,5	10	0	2,5	7
Anzahl	4	0	0	1	3	8
Landwirte						
%	2,5	0	0	3	8	2,5
Anzahl	29	21	11	7	11	79
Rentner						
%	18	35,5	36,5	20	29	24,5
Anzahl	13	6	3	4	3	29
andere						
%	8	10	10	11,5	8	9
Anzahl	162	59	30	35	38	324
zusammen						
%	100	100	100	100	100	100
Anzahl	112	38	16	26	26	218
insgesamt berufstätig						
%	69	64,5	53,5	74	68	67

Tabelle 3: Prozentuale Berufsaufteilung in den einzelnen Kollektiven

F r a u e n

Berufe und Berufs- gruppen	Erlangen	Hof	Forchheim	Landkreis Forchheim	Landkreis Erlangen	zusammen
Anzahl	9	1	1	0	0	11
In Ausbildung						
%	8	4,5	4,5	0	0	5,5
Anzahl	61	8	9	7	11	96
Hausfrauen						
%	55	38	41	41	44	49
Anzahl	17	1	2	0	2	22
Angestellte						
%	15,5	5	9	0	8	11
Anzahl	3	5	4	1	5	18
Arbeiterinnen						
%	2,5	24	18,5	6	20	9
Anzahl	4	0	0	1	0	5
Akademikerinnen						
%	3,5	0	0	6	0	2,5
Anzahl	10	3	6	6	5	30
Rentnerinnen						
%	9	14,5	27	35	20	15,5
Anzahl	7	3	0	2	2	14
andere						
%	6,5	14	0	12	8	7,5
Anzahl	111	21	22	17	25	196
zusammen						
%	100	100	100	100	100	100
Anzahl	31	9	6	4	9	59
insgesamt berufs- tätig						
%	29	43	27	23,5	36	30

Tabelle 4: Prozentuale Berufsaufteilung in den einzelnen Kollektiven

4. Die Suizidmethoden

Während manche Fragen in den Suizidstatistiken nur ungenügend beantwortet werden können, sind Angaben über die angewandten Methoden immer mit großer Sicherheit zu machen; in fast allen einschlägigen Arbeiten findet man Beiträge zu diesem Thema.

H. J. Bochnik (1962) unterteilt in "harte" und "weiche" Methoden. W. L. Faberow et al. (1961) unterscheidet Methoden, bei denen ein Zurück noch möglich ist, und solche bei denen eine einmal begonnene Suizidhandlung nicht mehr unterbrochen werden kann. Häufig wird auf Modeströmungen und auf den Wandel der Methoden aus historischer Sicht hingewiesen, insbesondere auf die Verschiebung von den harten zu den weichen Methoden. Es ist auch seit langem bekannt, daß Männer harte, Frauen dagegen weiche Methoden bevorzugen, daß dieser Unterschied beim Suizidversuch aber nicht so deutlich hervortritt.

Für die Suizidprophylaxe ist die gewählte Methode relativ uninteressant, da oft selbst bei größter Vorsicht der Suizid nicht verhindert werden kann. Dem potentiellen Selbstmörder steht eine große Auswahl an Suizidmitteln zur Verfügung. So erhängte sich ein Untersuchungshäftling an seiner Unterhose, nachdem ihm alle selbstgefährlichen Gegenstände abgenommen worden waren.

Unsere Ergebnisse über die Suizidmethoden bestätigen im Wesentlichen altbekannte Tatsachen. Interessant ist jedoch eine Gegenüberstellung zu den von F. Böcker (1973) für die Großstadt Köln gefundenen Werte.

Bei der Gegenüberstellung der wichtigsten aktiven zu der am meisten verwendeten passiven Methode, zeigt sich das am deutlichsten.

48 % männliche und 28 % weibliche Personen aus unserem Untersuchungsgut starben durch Erhängen. Dahm und Handel (1970) fanden ähnliche, geringfügig höhere Werte in einem rein ländlichen Gebiet. Dadurch wird der Unterschied zur städtischen Bevölkerung noch deutlicher. In Köln erhängten sich nämlich nur 38 % der Männer und 19 % der Frauen.

Bei den Vergiftungen, der wichtigsten passiven Methode, waren die Verhältnisse umgekehrt. 19 % der Männer und 26,5 % der Frauen unseres Untersuchungsgutes starben an Vergiftungen - demgegenüber waren es in Köln 32 % der Männer und 44 % der Frauen.

Bei der gesonderten Auszählung von Hof und Erlangen ergaben sich große Unterschiede in der Methodenwahl. Diese Tatsache verwundert sehr, wenn man bedenkt, daß es sich bei beiden um Städte etwa gleicher Größenordnung handelt. In Hof starben 61 % der Männer durch Strangulation, in Erlangen waren

es 35 %. Bei den Frauen waren die Verhältnisse entsprechend: 55 % der Hoferinnen und 20 % der Frauen aus Erlangen kamen durch diese Methode ums Leben. Weiche Methoden wurden in Hof kaum angewandt, in Erlangen wie in Köln überwiegend. Unter den Erlanger Studenten war für eine kurze Zeit eine Methode besonders beliebt, wie überhaupt die ganze Anlage des Suizids Modeströmungen unterworfen sein kann: Sie legten einen mit Aether getränkten Lappen auf Mund und Nase und stülpten sich einen Plastiksack über den Kopf, den sie mit einem Gummiring um den Hals befestigten. (3 Fälle)

Häufiger wird in den von uns untersuchten Gebieten und zumal auf dem Lande noch die Schußwaffe gebraucht. Selbst Frauen bedienen sich relativ häufig noch dieses Mittels. Während in Köln nur von 0,5 % der weiblichen Suizidenten diese Methode verwandt wurde, waren es in unserem Material 2,5 %. In Hof haben sich sogar 13,5 % der Frauen, die durch Suizid ums Leben kamen, erschossen. Diese Unterschiede in der Methodenwahl sind bemerkenswert, ihre Herkunft ist aber vorerst dunkel.

Methode	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Strangulation	159	48,2	56	28
Hinabstürzen	12	3,6	13	6,5
Schneiden	5	1,5	1	0,5
Schießen	17	5,2	5	2,5
Überfahrenlassen	21	6,3	10	5
Ertränken	13	4	25	12,5
Leuchtgas CO	31	9,4	32	16
Gifte	34	10,3	15	7,5
Tabletten	28	8,5	38	19
Säuren			2	1
2 Methoden kombiniert	6	1,8	2	1
andere	2	0,6	1	0,5
Verbrennen	2	0,6		
insgesamt	330	100	200	100

Tabelle 5: Methode und Geschlecht

Alle 530 ausgeführten Suizide

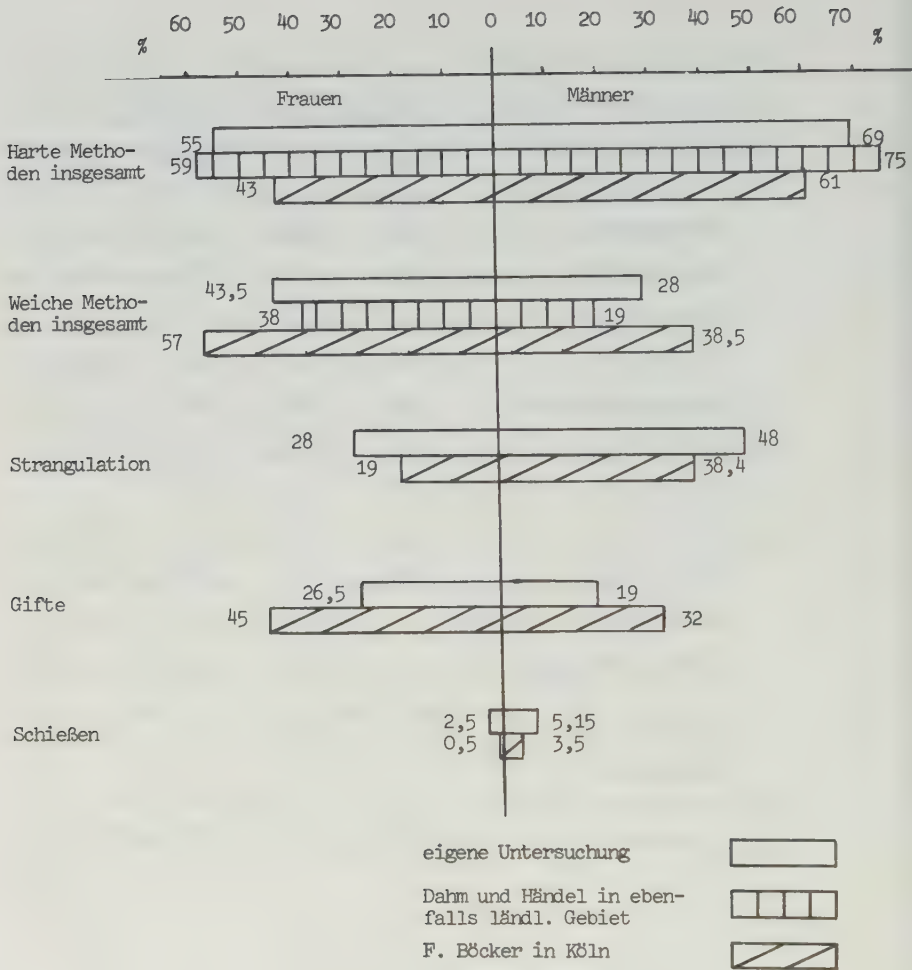


Abbildung 11 : Angewandte Suizidmethoden

Ergebnisse dieser Untersuchung, bestätigt durch die von Dahm und Händel in einem rein ländlichen Gebiet gefundenen Werte im Vergleich zu den von F. Böcker für die Großstadt Köln gefundenen Verhältnissen.

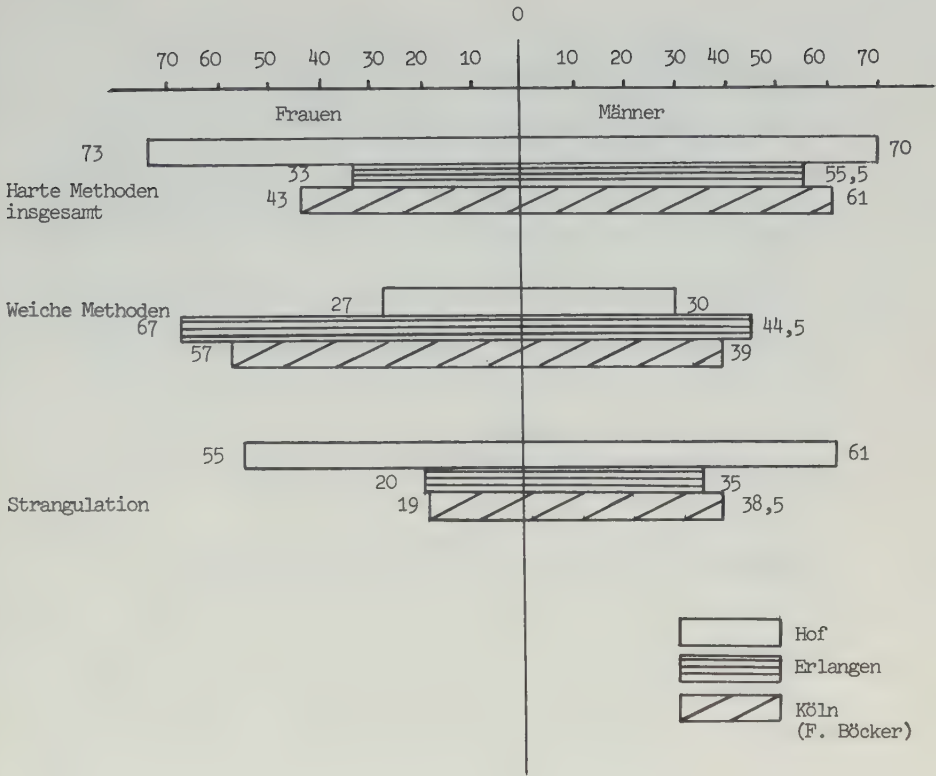


Abbildung 12 : Angewendete Methoden in Köln, Erlangen und Hof

5. Die Heimatzugehörigkeit

Bei der Auszählung der Heimatzugehörigkeit haben wir in zwei Gruppen unterteilt:

1. Einheimische Bevölkerung
2. Heimatvertriebene und Flüchtlinge

Wir haben vor allem die 2. Gruppe hervorgehoben, um zu überprüfen, ob für sie ein erhöhtes Suizidrisiko gegeben ist. Man könnte etwa an die Folge einer Entwurzelung durch den Verlust der Heimat denken.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von H. Bayreuther (1959), die er in den 50er Jahren gewann, fand sich in unserem Untersuchungsgut keine höhere Beteiligung der Flüchtlinge am Suizid, als ihrem prozentualen Anteil in der Normalbevölkerung entspricht (siehe Abbildung 13).

Die Suizidziffer der Flüchtlinge in den einzelnen Kollektiven (für die Berechnung standen nur Zahlen aus der Volkszählung 1961 zur Verfügung, für Hof hatten wir keine Bezugszahlen) war im Vergleich zur durchschnittlichen Suizidziffer für die Normalbevölkerung aus dem jeweils untersuchten Kollektiv nicht erhöht.

	Erlangen	Forchheim	Landkreis Forchheim	Landkreis Erlangen
durchschnittliche Suizidrate in den Einzelkollektiven	23	15	12	21
Suizidrate der Flüchtlinge	22	15	15	15

Tabelle 6: Vergleich der durchschnittlichen Suizidrate der Normalbevölkerung zur Suizidrate der Flüchtlinge im entsprechenden Kollektiv.

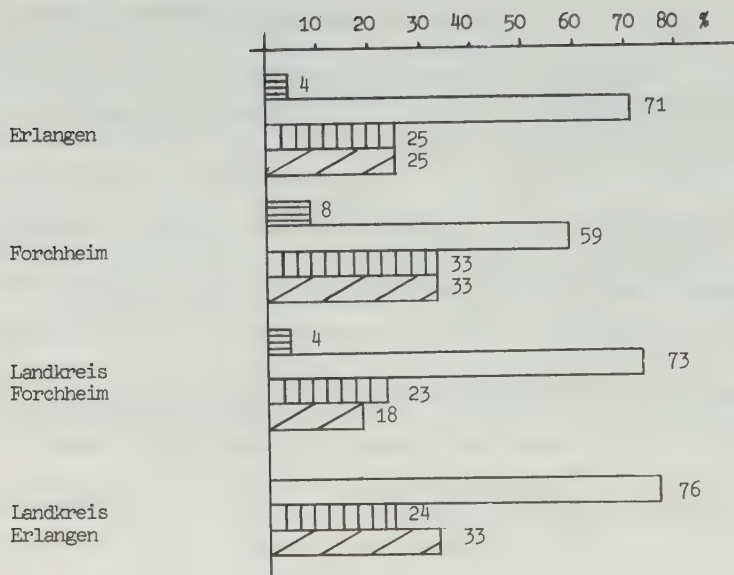


Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Einheimischen, bzw. Flüchtlinge am Suizid; im Vergleich dazu der prozentuale Anteil der Flüchtlinge in der Bevölkerung



Prozentuale Beteiligung der Ausländer am Untersuchungsgut



Einheimische Bevölkerung in unserem Untersuchungsgut



Prozentuale Beteiligung der durch Suizid gestorbenen Flüchtlinge



Prozentualer Anteil der Flüchtlinge in der Normalbevölkerung (Nach der Volkszählung von 1961)

6. Suizidhäufigkeit und Religion

Das Merkmal Religion wurde in dieser Untersuchung nicht erfaßt, da die Angaben über die Religionszugehörigkeit nicht genügend regelmäßig waren; einmal, weil nur mit Zustimmung eines nahen Verwandten Angaben hierüber ins polizeiliche Protokoll aufgenommen werden dürfen, zum anderen wurde in den letzten Jahren generell auf die Erhebung der Konfession verzichtet.

Für die Einzelkollektive wäre somit eine Auswertung wegen der geringen Zahl zu ungenau geworden, für die Gesamtheit der Fälle aber ohne Aussagemöglichkeit, da die Religionsverteilung sehr unterschiedlich ist.

Kollektiv	evangelisch %	römisch- katholisch %	Suizidziffer
Erlangen	55,5	40	23
Hof	74	23,6	30
Forchheim	25	75	15
Forchheim Land	26,5	73	12
Erlangen Land	56,6	40,6	21

Tabelle 7: Religionsverteilung der Normalbevölkerung

F. Böcker wies in einer 1971 veröffentlichten Arbeit nach, daß der Religionszugehörigkeit auch heute noch Bedeutung für das Suizidgeschehen zukommt. Sehr vereinfachend gesagt, kommen bei Katholiken weniger Suizide vor und hier wiederum wesentlich weniger bei den Frauen. Das von F. Böcker untersuchte Material erstreckte sich auf eine großstädtische Bevölkerung; da in ländlichen Bereichen die religiöse Bindung sicher noch stärker ist, können seine Ergebnisse ohne Bedenken hier angewandt werden.

Einige der nachgelassenen Briefe zeugen von der Bedeutung, welche die Religion für die Betreffenden gehabt hat. Als Beispiel sei folgender Brief angeführt:

"Verzeih' mir, daß ich Dir solchen Schmerz bereitet habe, aber Gott weiß am besten, wie ich leide, und er wird mir verzeihen. Sei stark, vertrau' auf Gott, er wird Dir helfen, den Schmerz zu tragen. Bete für mich...!"

Bei der Korrelation von Konfessionszugehörigkeit und Suizidziffer ergibt sich auch hier die schon gefundene Reihenfolge: Hof mit Überwiegend protestantischer Bevölkerung hat die höchste Suizidziffer.

Erlangen Stadt und Land mit der gleichen konfessionellen Verteilung -jeweils ca. 55 % evangelisch und 40 % katholisch- unterscheiden sich auch nicht wesentlich in der Suizidziffer.

Die Kleinstadt Forchheim ist zu 75 % katholisch und liegt mit ihrer Suizidziffer unter dem Bundesdurchschnitt; Forchheim Land, mit der gleichen Religionsverteilung, hat als ein rein ländliches Gebiet die niedrigste Suizidziffer der untersuchten Kollektive. Gerade aus letzter Aussage ersieht man, daß die Religion sicher nicht das einzige wirksame Prinzip darstellt, sondern daß viele andere Faktoren wie z. B. der Wohnort: Stadt bzw. Land Einfluß auf die Suizidbereitschaft und damit auf die Suizidziffer haben.

Erörterung der Ergebnisse

Untersuchungen wie die vorliegende sind schwierig, weil die jeweils kleinen Zahlen Aufgliederungen nur in beschränktem Umfang zulassen. Zu weite Zeiträume können nicht zusammengefaßt werden, da sich dann die Einflüsse nicht herauschälen lassen, die dem Zeitgeist zuzuordnen sind.

Die Untersuchung zeigt aber, daß selbst in eng benachbarten kleinen Gebieten ganz unterschiedliche Lebensbedingungen herrschen, die sich auch in der Suizidziffer ausdrücken.

Worin bestehen diese Unterschiede in den einzelnen Kollektiven, die zwar eng benachbart sind, aber sehr verschiedene Strukturen aufweisen? Wir haben schon bei der Geschlechts- und Altersverteilung (in Abbildung 1 - 6) gesehen, daß in allen Kollektiven die Männer häufiger am Suizid beteiligt sind als die Frauen und daß die Suizidziffer mit zunehmendem Lebensalter für beide Geschlechter größer wird. Diese Tatsache ist auch in früheren Suizidstatistiken immer wieder festgestellt worden. E. Stengel (1969) faßt solche Ergebnisse wie folgt zusammen:

"Die Höhe der Selbstmordraten kann niemals durch eine Ursache oder Gruppe von Ursachen erklärt werden. Viele Faktoren sind gleichzeitig wirksam. So wurde zum Beispiel

eine positive Korrelation mit den folgenden Faktoren festgestellt: mit männlichem Geschlecht, zunehmendem Alter, Verwitwetsein, Unverheiratet- oder Geschiedensein, Kinderlosigkeit, hoher Bevölkerungsdichte, Wohnsitz in großen Städten, hohem Lebensstandard, Wirtschaftskrisen, Alkoholkonsum, Krankheit in einer zerbrochenen Familie, psychischen Störungen und physischen Erkrankungen."

Obwohl also Alter und männliches Geschlecht Risikofaktoren darstellen, ist die extreme Überhöhung der Suizidziffer der Männer in Hof, besonders der alten, auffallend. Dies ist wohl nur durch die starke Überalterung der Hofer Bevölkerung zu erklären. 17,5 % der Bevölkerung sind über 65 Jahre alt. Hof ist zusammen mit Coburg die Stadt in Bayern mit der größten Überalterung. Seit 1950 hat Hof von 60 650 Einwohnern auf 54 424 im Jahre 1970 abgenommen. Früher wurde die Abwanderung, besonders der jungen Hofer, durch die Grenznähe und eine fehlende Neuansiedlung von Industrie erklärt. In der neuen Einwohnerstatistik von 1970 wird festgestellt, daß die Abwanderung stagniert, jetzt sogar eine Zuwanderung zu verzeichnen ist. Über die Hälfte der Zuwanderer ist aber über 50 Jahre alt. Infolgedessen nimmt die Einwohnerzahl durch die hohe Sterberate weiterhin ab. Die Alteinerichtungen in Hof sind vorbildlich, was sicher der Grund für den regen Zuzug sein dürfte.

Sicherlich spiegelt die hohe Suizidziffer die Verhältnisse in der Normalbevölkerung wider. Das aber kann nicht allein verantwortlich sein, sonst müßten die alten Frauen ebenso betroffen sein. Man könnte vermuten, daß die Versorgung im Altersheim alten Männern vielleicht nicht so gerecht wird. Wir haben in unserer Untersuchung wiederholt festgestellt, daß die Umsiedlung in ein Altenheim eine besonders suizidbelastete Situation darstellt. Alte Menschen gehören soziologisch in keine feste Gruppe mehr. Wenn sie im Alter ihre gewohnte Umgebung verlassen sollen, um ins Altersheim zu ziehen, kann das Unwertgefühl, das durch den Prestigeverlust des alten Menschen in unserer Gesellschaft ohnehin latent vorhanden ist, übermächtig werden.

In der Stadt ist die Mehrheit der Alten davon betroffen (Platzmangel in Mietwohnungen, Berufstätigkeit der Kinder). Auf dem Land bleibt der alte Mensch noch selbstverständlicher in die Gemeinschaft eingegliedert.

Wenn die Männer aus dem Berufsleben ausscheiden, wissen viele diese Freizeit nicht zu nutzen. Es fehlt ihnen ein Lebensinhalt, eine sie ausfüllende Beschäftigung. Für die vielen in der Landwirtschaft tätigen alten Männer ist diese Veränderung des Lebensrhythmus nicht so einschneidend, denn die Mitarbeit des Altbauern wird auch nach der Übergabe des Hofes in der Regel noch erwartet und geschätzt.

Neben dem Status- und Prestigeverlust, dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, der Vereinsamung und Isolierung (der Witwernstand ist besonders gefährdet), sind vor allem physische und psychische Krankheiten (insbesondere körperlich begründbare Psychosen, hervorgerufen durch zerebro-vasculäre Veränderungen) für die hohen Suizidziffern der alten Menschen verantwortlich.

(F. Böcker 1973)

Unsere Untersuchung erbrachte eine geringere Suizidgefährdung des alten Menschen auf dem Lande. Wir wissen jedoch noch zu wenig über die Gründe der hohen und unterschiedlichen Selbstmordraten der alten Menschen, um den Einfluß der vielfältigen Faktoren im Unterschied von Stadt und Land zu erfassen.

Bei den jungen Menschen finden sich hohe Suizidziffern in der Gruppe der 20 bis 29 Jahre alten Männer in Erlangen, Hof und im Landkreis Erlangen. Untersucht man die Zusammenhänge zwischen Alter und Beruf, so findet man, daß diese Altersgruppe in Erlangen fast nur durch Studenten vertreten ist. Dieser Tatsache entspricht auch die relativ hohe Suizidziffer bei den Frauen, während in den anderen Kollektiven die Suizidziffer der Frauen dieser Altersgruppe sehr niedrig ist.

E. Stengel (1969) schreibt ausführlich über die besondere Situation der Studenten unter anderem: "Einige der weniger

gravierenden Störungen, vor allem die Neurosen, beeinflussen die Leistungsfähigkeit junger Menschen, die eine bezahlte Tätigkeit ausüben, oft nicht in einschneidender Weise, können jedoch das Arbeitsvermögen von Universitätsstudenten entscheidend beeinträchtigen". In diesem Zusammenhang spricht er sich für die Notwendigkeit eines Gesundheitsdienstes aus, der sich mit der psychischen Gesundheit der Studenten befaßt. In Erlangen existiert eine derartige Beratungsstelle. Wie notwendig sie ist, zeigt die sehr hohe Suizidziffer von 28/100 000 Studenten (Bezugszahl sind die 4428 männlichen und weiblichen in Erlangen wohnenden Studenten). Die Wirksamkeit dieser Einrichtungen für die Suizidverhütung ist schwer einzuschätzen; möglicherweise wurde sie gerade von den gefährdeten Studenten zu wenig in Anspruch genommen, da in keinem der polizeilichen Protokolle ein Vermerk darüber erscheint.

E. Lungershausen (1969) fand bei den Studenten in Nordrhein-Westfalen eine jährliche Suizidziffer von 23,9 pro 100 000, während die Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren in der Allgemeinbevölkerung für beide Geschlechter zusammen eine Selbstmordrate von 13,6 aufwies.

Bei den Erlanger Studenten dominieren Studienschwierigkeiten, an zweiter Stelle Liebeskummer als Selbstmordmotive.

Die Mehrheit wies abnorme Persönlichkeitszüge, im Sinne der asthenisch - selbstunsicheren Variante auf. Zwei dieser Studenten bezeichneten sich selbst als "lebensuntüchtig". Eine Studentin gab diesen "entsetzlichen Lebenskampf" auf, weil ihr der Wechsel in eine andere Fakultät nicht gelungen war. Die diagnostische Beurteilung konnte allerdings in diesen Fällen nur unter Vorbehalt erfolgen, da wir gerade bei wahrscheinlich reaktiven Suiziden nicht über ärztliche Unterlagen verfügten. So konnten wir nur anhand des Lebensweges bzw. der Abschiedsbriefe Zuordnungen versuchen. Einige der durch Suizid verstorbenen Studenten hatten schon in früheren schwierigen Lebenssituationen versagt; bei 25 % dieser Studenten war ein Suizidversuch bekannt. Einer der Studenten schrieb zunächst über alle möglichen Motive, die für seinen Selbstmord nicht relevant waren und weiter: "Mangelnde Kontakte kommen auch nicht in Frage. Ich habe einige sehr gute Freunde, heute wollte ich allerdings wenigstens einen aufsuchen, konnte aber keinen antreffen; ich wollte mich von meinen trüben Gedanken ablenken lassen. Ausschlaggebend ist für mich: Durch mein ständiges Unwohlsein in den letzten Tagen (Prüfungen standen unmittelbar bevor), das auf Neurosen zurückzuführen ist, wurde ich meiner quasi Lebensuntüchtigkeit bewußt. . . ."

Ein anderer Student hinterließ folgende Zeilen:

"Alle latenten Zweifel an meiner geistigen Leistungsunfähig-

keit, die mich von Studienbeginn an bedrücken, brachen wie eine Sturmflut über mich zusammen. Ich habe mehrere Nächte nicht geschlafen und mir ernstlich überlegt, ob ich nicht das Studium gänzlich an den Nagel hängen soll. - Nur fiel mir gar nichts ein, was ich in diesem Falle hätte tun sollen"

Gerade dieses Beispiel zeigt aber die Schwierigkeiten, postum eine gesicherte Diagnose zu stellen. Vielleicht war die "Sturmflut" Schlaflosigkeit und Ausweglosigkeit Folge einer akuten endogenen depressiven Phase.

Der Lebensweg einer Studentin verdeutlicht ebenfalls diese Schwierigkeiten. Dennoch glauben wir, hier das Merkmal der "Selbstunsicheren" als charakterliche Besonderheit auffassen zu dürfen. Aus der Kindheit der Studentin wurde nichts bekannt. Sie war zum erstenmal vor ihrem Abitur aufgefallen. Sie hatte damals solche Angst, daß ihr Vater sie täglich in der Schule abliefern mußte. Während dieser Zeit traten starke Kopfschmerzen auf, sie glaubte, einen Hirntumor zu haben. Sie begab sich in nervenärztliche Behandlung. Nach dem Abitur spontane Besserung ihres Zustandes. Nach Angaben des Bruders "drehte sie in der Folgezeit bei jeder Prüfung durch" und flüchtete sich in eine Krankheit. Jetzt stand sie kurz vor dem Examen, außerdem war sie in eine unglückliche Liebe verstrickt. Eine Demütigung durch ihren Freund bestärkte sie in ihren Minderwertigkeitsgefühlen. Es

ist bezeichnend, daß sie sich -ohne etwas zu hinterlassen- weitab in einem Dickicht erhängte.

Wir möchten annehmen, daß viele dieser jungen Menschen durch ihr Studium überfordert waren. Mit einer Ausnahme waren alle ledig.

In Hof und im Landkreis Erlangen sind die Suizidziffern der 20 bis 29 Jahre alten Männer ebenfalls sehr hoch. Hier wird diese Altersgruppe fast ausschließlich durch Arbeiter gestellt. Diese Verhältnisse lassen zum Teil auch auf die Ausbildungsmöglichkeiten in dem jeweiligen Kollektiv schließen. Hof hat viel Textilindustrie und nur wenig Kleinbetriebe. Dementsprechend stehen nur wenig Lehrstellen zur Verfügung; die meisten jungen Männer werden angelernte Hilfsarbeiter.

Diese besondere Industriestruktur der Stadt Hof spiegelt sich auch in den folgenden Ergebnissen:

Während bei allen anderen von uns untersuchten Kollektiven das Verhältnis Arbeiter zu Handwerker 1:1 ist, beträgt es in Hof 3:1. Von den Frauen, die in Hof durch Suizid ums Leben kamen, waren 43 % berufstätig, also wesentlich mehr als in den anderen Kollektiven. Diese Frauen waren überwiegend in Fabriken beschäftigt, sie gehörten zu den jüngeren Altersgruppen mit einem Schwerpunkt bei den 30 bis 39 jährigen.

Im Landkreis Erlangen zeigen sich ähnliche Verhältnisse. Hier waren 36 % der Frauen berufstätig, und zwar die meisten als Arbeiterinnen. Bei dem Vergleich zwischen Alter und Beruf, fanden sich diese Berufstätigen auch hier vorwiegend in den jüngeren bis mittleren Lebensaltern. Sowohl in Hof als auch im Landkreis Erlangen sind die Frauen, die durch Suizid starben, fast alle verheiratet. Die Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf mit der damit zusammenhängenden Problematik, scheint also die Suizidalität entscheidend zu fördern. F. Böcker (1973) hat aus seinen Zahlen die gleiche Folgerung gezogen. Entsprechend dem in der Literatur vielfach genannten erhöhten Suizidrisiko finden sich in vier unserer fünf Kollektive sehr hohe Suizidraten für die alten Männer. Umso erstaunlicher ist der niedrige Wert im Landkreis Forchheim (Abbildung 5). Bei der Betrachtung der Berufsstruktur ergab sich, daß in der Normalbevölkerung etwa 30 % der Männer landwirtschaftlich tätig waren, aber nur 3 % der durch Suizid Verstorbenen waren Landwirte. Dieser Beruf wird bis zum Lebensende ausgeübt. Auch wenn der Hof an die Jungen übergeben ist, wird die Mithilfe der Eltern in der Regel geschätzt. Die Gefahr, sich im Alter überflüssig vorzukommen, plötzlich keine Aufgabe mehr zu haben, ist also geringer. Dies scheint uns der wesentliche Grund für die niedrige Suizidziffer zu sein. Hinzu kommen als suizidsenkende Faktoren die Religion - der Landkreis Forchheim ist ein rein katholisches Gebiet - und

der Lebensraum Land. Infolgedessen sind die Suizidziffern im Landkreis Forchheim insgesamt niedriger als in allen anderen Kollektiven. Man kann annehmen, daß das Landleben einige, die Suizidalität fördernde, Faktoren ausschließt oder mindert.

Zum Beispiel tritt die soziale Isolation viel seltener auf. Der Mensch ist dort noch viel fester in die Familie beziehungsweise in eine Dorfeinheit (jeder kennt jeden) eingegliedert.

Es kommt seltener zu einer unbefriedigenden Berufswahl (wie zum Beispiel in Hof), denn als Landwirt wird man geboren. Außerdem führt die einfache Tätigkeit in ländlichen Berufen sicher seltener zu Insuffizienzgefühlen und Konflikten, die aus Zweifeln an der eigenen Leistungsfähigkeit entstehen (wie zum Beispiel bei der Gruppe der Erlanger Studenten oder auch bei Menschen, die in anderen differenzier-ten Berufen tätig sind).

Es steht nicht im Widerspruch zu dem oben Gesagten, daß im Landkreis Erlangen nicht, wie im Landkreis Forchheim, "ländliche Verhältnisse vorgefunden werden, vielmehr die Suizidziffer der Erlangens fast gleicht. Der Landkreis Erlangen war nämlich zum Zeitpunkt unserer Untersuchungen noch sehr klein. Seine Ortschaften liegen im direkten Einzugsgebiet der Stadt.

Es sind nur wenige kleine geschlossene Dorfeinheiten vorhanden, für die tatsächlich ländliche Verhältnisse gelten könnten. Nur etwa 5 - 10 % der Bevölkerung sind in der Landwirtschaft tätig. Die Überwiegende Mehrheit hat ihren Arbeitsplatz in Erlangen oder Nürnberg. Man darf für den Landkreis Erlangen also etwa städtische Lebensbedingungen annehmen. Ein weiterer Faktor für die Egalisierung der Suizidziffern in den beiden Kollektiven Erlangen und Landkreis Erlangen ist die gleiche Religionszugehörigkeit (zur evangelischen Kirche).

Unsere Ergebnisse belegen, daß selbst in eng benachbarten Gebieten erhebliche soziologische Unterschiede bestehen. Wir haben uns daher gefragt, welche wesentlichen Abweichungen beziehungsweise Ähnlichkeiten sich im Vergleich zum großstädtischen Bereich finden, und dazu F. Böckers Arbeit über Suizid und Suizidversuche in Köln herangezogen. Nicht alle von uns untersuchten Merkmale eigneten sich zum Vergleich, da in Köln im Gegensatz zu unserer Arbeit größeres Gewicht auf die Untersuchung der Suizidversuche gelegt wurde. So können wir zum Beispiel einen Vergleich der Berufsstruktur nicht anstellen, während das für die Wahl der Methode und den Familienstand möglich ist.

In den meisten Veröffentlichungen über Suizid und Suizid-

versuch wird auf den, im Laufe der Zeit beobachteten Wandel von den harten zu den weichen Methoden hingewiesen. Dieser Wandel scheint sich für Köln bereits vollzogen zu haben. Bei der Anlage der Suizidhandlung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Großstadt Köln und unseren untersuchten Kollektiven.

So starben in Köln 32 % der Männer und 44 % der Frauen an Vergiftungen. In unserem Untersuchungsgut waren es nur 19 % der Männer und 26,5 % der Frauen die durch diese "weiche" Methode den Tod fanden. Als Gifte wurden E 605, Blausäure, viel häufiger aber Schlaftabletten und Psychopharmaka verwendet.

Nach Untersuchungen von K. J. Linden (1969) über den Ablauf der Suizidhandlung liegt zwischen Selbstmordentschluß und Ausführung oft nur wenig Zeit, außerdem kommt der Suizidentschluß häufig erst beim Anblick des Suizidmittels.

Auf dem Lande sind auch heute noch altbewährte Hausmittel beliebt, um zum Beispiel Schmerzen und Schlaflosigkeit zu bekämpfen, so daß im kritischen Augenblick des Suizident-schlusses dann Gifte oft nicht zur Verfügung stehen. Das würde für einen Selbstmordwilligen, der sich zu vergiften vorhätte, bedeuten, daß er oft weite Wege zurücklegen müßte, um zur nächsten Apotheke zu gelangen (der starke Selbstmordimpuls hätte wahrscheinlich bis dahin nachgelassen und kühleren Überlegungen Platz gemacht). Für einen Landbewohner

ist es viel naheliegender, zum nächsten Strick zu greifen. In unserem Untersuchungsgut war demgemäß Erhängen (bei 48 % der Männer und 28 % der Frauen) die am häufigsten angewandte Methode.

Der Stadtbewohner hat es viel leichter, sich Tabletten zu besorgen, gegebenenfalls kann er in mehreren Apotheken jeweils kleine Mengen kaufen, um nicht lästigen Fragen begegnen zu müssen. Außerdem hat er den weiteren "Vorteil", anonym zu sein.

Eine gesonderte Auszählung der Suizidmethoden in Erlangen ergab, daß sich im Vergleich zur Gesamtheit wesentlich weniger strangulierten (Männer: 35 %, Frauen 20 %) zugunsten der Vergiftungen. Somit zeigt Erlangen am ehesten die Verhältnisse in Köln.

Bei dem Vergleich der Familienstandsgruppen unserer Kollektive (Durchschnittswert) mit den Ergebnissen in Köln, finden wir für die Ledigen und Verheirateten vollkommene Übereinstimmung. (Abbildung 7 und 8)

Die Suizidgefährdung dieser Gruppen ist offenbar nicht sehr hoch. Für beide Geschlechter steigt sowohl in Köln als auch in unserem Raume die Suizidziffer von den Ledigen über die Verheirateten zu den Verwitweten und Geschiedenen an. Als Begründung dafür sind verschiedene Einflüsse denkbar, deren Gewicht aber im einzelnen nicht abzuschätzen ist, zum Beispiel die Religionszugehörigkeit, der Lebensraum, das Alter

und Geschlecht.

F. Böcker kommt in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, daß das Alleinleben im Witwernstand für Männer offenbar belastender ist als für Frauen. Sicher ist nicht nur das Alleinsein, die Vereinsamung anzuschuldigen. Häufig steht der Witwer den täglichen Aufgaben im Haushalt hilflos gegenüber. Auffallend war eine niedrige Suizidziffer der verwitweten Männer und Frauen in den überwiegend katholischen Gebieten. Die katholischen Verwitweten sind anscheinend eher bereit, ihr Los auf sich zu nehmen. Wir haben bei den verwitweten Männern eine größere durchschnittliche Suizidziffer gefunden als F. Böcker. In Köln wurde eine kontinuierliche Abnahme der Suizide und Suizidversuche bei den Witwern seit 1950 beobachtet, was auf die intensive Tätigkeit der Kölner Wohlfahrtsverbände zurückgeführt wird, die sich dort der Alten annehmen.

F. Böcker hat, wie wir auch, für die Geschiedenen die höchsten Suizidziffern gefunden: "Scheidung ist ein hohes Suizidrisiko für Männer und Frauen". Offenbar wirkt sich hier das Geschlecht weniger nachhaltig aus als bei den Verwitweten. Er fand außerdem, daß besonders die jungen Geschiedenen gefährdet sind. (Wir haben in unserer Arbeit den Zusammenhang zwischen Alter und Familienstand nicht überprüft.)

Als wichtigstes Ergebnis werten wir, daß die Suizidziffer der Geschiedenen mit zunehmender Größe der Stadt abnimmt. In der Anonymität der Großstadt haben es die Geschiedenen leichter, neue Bindungen einzugehen, ihr Tun wird nicht ununterbrochen kritisch beobachtet. Ein Scheidungswilliger auf dem Lande oder in der Kleinstadt wird zum Ortsgespräch. Das verschlechtert seine ohnehin schwierige Lage.

Unabhängig vom Lebensraum haben alle Geschiedenen Klippen zu überwinden, an denen offenbar sehr viele scheitern.

B. Casuistischer Teil

Wir haben in dem nun folgenden casuistischen Teil versucht, anhand einiger Falldarstellungen und nachgelassener Briefe seelische Verfassung und Relevanzgefüge von Menschen zu schildern, die durch Suizid verstorben sind.

Wir haben die Darstellung jedoch nicht auf die Casuistik beschränkt, sondern die einzelnen Krankengeschichten den Diagnosen zugeordnet, und so versucht, über den Einzelfall hinausgehende Besonderheiten zu erfassen.

1. Die Diagnosen

a) Die endogenen Psychosen

Um nicht unübersichtlich kleine Zahlen zu erhalten, haben wir bei den Diagnosen keine Unterteilung in die Geschlechter vorgenommen. Aus dem gleichen Grunde wählten wir auch eine sehr grobe Einteilung. So beinhaltet die Diagnose: Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Psychose, folgende vier Untergruppen: endogene Depression, Schizophrenie, depressive Syndrome im höheren Lebensalter und körperlich begründbare Psychosen. Bei der Betrachtung der Einzelkollektive wird eine Differenzierung in diese Krankheiten jedoch nicht versucht.

Diagnose	Anzahl	Prozent
Endogene Depression	40	25
Schizophrenie	22	14
Körperlich begründbare seelische Störungen	17	11
Depressive Syndrome im höheren Lebensalter	25	16
Psychosen, deren Zuordnung nicht möglich war	54	34
zusammen	158	100

Tabelle 8: Übersicht über die Psychosen

Für die Diagnosestellung standen Aussagen der behandelnden Ärzte, Gutachten, Diagnosen auf den Leichenschauschein und die protokollierten Angaben der Angehörigen zur Verfügung.

Im Landkreis Erlangen fanden wir den höchsten Anteil von Suiziden infolge einer Psychose (46 %), der Landkreis Forchheim steht mit 39 % an zweiter Stelle. In diesen beiden Kollektiven ist der Anteil der reaktiven Suizide entsprechend niedrig (siehe dazu Tabelle 9).

In Forchheim kam es zu fast ebensovielen Suiziden infolge einer Psychose wie im Landkreis Forchheim, aber in der Stadt finden sich bereits viel mehr reaktive Suizide. In Erlangen waren 30 % der Selbstmorde auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen, in Hof waren es nur 10 %, während die reaktiven Suizide mit 60 % dort am häufigsten waren. 158 Personen, das sind 32 % des gesamten Untersuchungsgutes, starben infolge einer psychischen Erkrankung durch Suizid. Über die Hälfte (82) davon waren im Laufe ihres Lebens in stationärer bzw. ambulanter psychiatrischer Behandlung. 15 Personen stammten aus Familien, in denen Psychosen bereits aufgetreten waren. Bei 13 Kranken war aus der Familienanamnese ein Suizid bekannt.

Die endogenen Psychosen, vor allem die Zyclothymie, sind mit einem besonders hohen Suizidrisiko belastet (E. Ringel, 1961, E. Stengel, 1968, W. Pöldinger, 1968).

Die Motive bei der endogenen Depression entstammen in der Regel dem Inhalt der Psychose. F. Böcker (1973) fand dementsprechend nur 1,3 % "reaktive" Suizidanlässe bei endogenen Depressionen. Am häufigsten kommen Schuldgefühle, Verarmungsangst, Schlaflosigkeit, bei Männern vor allem auch Versagen am Arbeitsplatz als Suizidanstöße in Betracht.

Diagnose	Erlangen		Hof		Forchheim		Landkreis Erlangen		Landkreis Forchheim		zusammen
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit an Sicherheit gren- zender Wahrscheinlich- keit Psychose	85	30	5	10,5	19	37	29	46	20	39	158
32											
davon in stationärer bzw. ambulanter psych- iatrischer Behandlung	43		1		12		20		6		82
Mit an Sicherheit gren- zender Wahrscheinlich- keit Sucht	37	13	6	12,5	8	15,5	12	19	11	21	74
Alkoholismus und Medi- kamentenabusus											15
Mit an Sicherheit gren- zender Wahrscheinlich- keit reaktiv	113	40	29	60,5	17	32	15	24	10	19	184
37											37
Eine diagnostische Zu- ordnung ist nicht mög- lich	47	17	8	16,5	8	15,5	7	11	11	21	81
16											16
zusammen	282	100	48	100	52	100	63	100	52	100	497
100											100

Tabelle 9: Übersicht über die Diagnosen

Die Krankengeschichten der Patienten, bei denen wir eine endogene Depression annehmen müssen, ähneln einander sehr. In der Folge sollen einige davon skizziert werden.

Der 53 Jahre alte Jurist K. L. starb nach Einnahme einer unbekannten Menge Megaphen. Sein Vater war ebenfalls durch Suizid ums Leben gekommen. K. hatte schon mehrere depressive Phasen durchgemacht und war jedesmal stationär behandelt worden. Nach seinem Tode wurden zwei Briefe gefunden. Der eine war an seinen Vorgesetzten gerichtet:

"Da ich mich geistig nicht in der Lage sehe, die mir übertragenen Arbeiten zu meistern, und mich vor einem Leben in geistiger Umnachtung fürchte, bleibt mir kein anderer Weg."

Der andere Brief war für seine Familie bestimmt:

"Da ich den neuen Berufsaufgaben nicht mehr gewachsen bin, und mich nicht in der Lage sehe, wo anders neu anzufangen, bleibt mir kein anderer Weg."

Der fast gleichlautende Inhalt der Briefe zeigt, wie verhaftet der Kranke mit seinen Gedanken war. Der Vorgesetzte gab an, daß von seiner Seite keinerlei Anlaß zur Klage bestanden hätte.

Der 49 jährige H. H., Diplom-Ingenieur und Unternehmer, hatte bereits mehrere depressive Phasen durchgemacht. Sein Bruder und der Bruder seiner Mutter schieden ebenfalls durch Suizid aus dem Leben. Die jetzige Phase dauerte schon über ein halbes Jahr. H. litt besonders an Organstörungen und Schlaflosigkeit.

Innerhalb der Phasen hatte H. mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen. Zunächst wollte er sich aufhängen, dann setzte er sich bei laufendem Motor in die geschlossene Garage.

(Seine Frau behauptete bei der Vernehmung, das wäre ein Unfall gewesen.) Kurze Zeit danach besorgte sich H. einen Waffenschein, aber seine Frau fand und vernichtete ihn. Schließlich erhängte er sich im Heizungskeller.

In beiden Fällen war die Diagnose "endogene Depression" seit langem bekannt; eine neuerliche stationäre Behandlung wäre dringend erforderlich gewesen. Wie viele Angehörige glaubten aber auch diese, durch sorgfältige Beobachtung des Kranken einen Suizid verhindern und damit eine Einweisung in eine geschlossene Abteilung umgehen zu können.

Eine ähnliche Einstellung der Angehörigen zeigt auch der folgende Fall.

Seit 7 Monaten hatte die 45 jährige Sekretärin P. A. "Depressionen". Sie befand sich in ambulanter nervenärztlicher Behandlung, doch war ihr immer wieder empfohlen worden,

sich in stationäre Behandlung zu begeben. Das wurde von ihren Angehörigen abgelehnt mit dem Hinweis, daß sich der Zustand gebessert habe und man weiterhin sorgfältig auf sie aufpassen werde. Zwei Tage vor dem Suizid fuhr die Kranke mit hoher Geschwindigkeit an ein Brückengeländer (den Umständen nach muß ein Suizidversuch angenommen werden), blieb aber unverletzt. Daraufhin zog eine Tante ganz zu ihr, und ließ sie kaum aus den Augen. Als die Tante einmal für nur kurze Zeit in die Küche ging, wobei die Verbindungstür offen blieb, sprang die Kranke aus dem Fenster in die Tiefe.

Patienten, bei denen eine Klinikeinweisung kurz bevorsteht, sind besonders gefährdet. (E. Ringel, 1961) Sie nutzen die Zeit bis zur stationären Aufnahme zum Suizid. Es ist daher wichtig, eine einmal beschlossene Einweisung möglichst rasch zu realisieren. In unserer Untersuchung fanden wir acht an endogener Psychose erkrankte Personen, die sich derart verhielten.

Die 54 jährige Hausfrau H. D. wollte nicht mehr leben, da es "doch keinen Wert mehr" habe. Vor einem Jahr hatte sie einen ernsthaften Suizidversuch begangen. Während der anschließenden nervenärztlichen Behandlung wurde die Diagnose "endogene Depression" gestellt. Jetzt versorgte sie den Haushalt nicht mehr, blieb tagsüber im Bett, wollte nichts mehr essen, litt unter Schlaflosigkeit und äußerte dauernd Selbst-

mordgedanken. Als sie mit dem Strick um den Hals ihren Gatten flehentlich bat, er möge zuziehen, stimmte er endlich einer weiteren stationären Behandlung zu. Die Aufnahme ins Nervenkrankenhaus sollte in drei Tagen sein. Sie wollte nicht, versprach "vernünftig" zu sein und ihrem Mann zu "folgen". Frau H. erhängte sich noch in der gleichen Nacht, ohne eine weitere Entscheidung abzuwarten.

Dieses Beispiel zeigt auch, wie gefährlich es ist, sich auf solche Versprechungen zu verlassen, z. B. daß sie ihnen (den Verwandten) so etwas nie antun werden. Aber auch auf affektive Bindungen, die vor der Erkrankung vorhanden waren, zu vertrauen, kann für den Patienten tödlich sein, wie folgender Fall zeigt:

Mit dem Tode ihres Vaters war bei der damals 39-jährigen Hausfrau P. K. zum ersten Mal eine depressive Phase aufgetreten, die aber wieder vollkommen ausheilte. Nach sieben Jahren wurde die Patientin im Anschluß an eine Operation wieder sehr depressiv und begab sich freiwillig ins Nervenkrankenhaus. Der Behandlungserfolg war aber diesmal nicht optimal. P. sammelte Tabletten und versuchte, sich damit nach ihrer Entlassung zu vergiften. Sie wurde daraufhin erneut eingewiesen. In der Folgezeit befand sie sich noch mehrmals in stationärer psychiatrischer Behandlung. Jetzt war sie zu Hause und wurde von ihrem Gatten aufopfernd versorgt. Sie äußerte quälende Suizidgedanken, sagte, sie würde

bald ins Wasser gehen, wiederholte immer wieder, daß sie nie mehr ins Nervenkrankenhaus gehe. Sie war apathisch und interessierte sich für nichts mehr. Ihr Ehemann fürchtete um ihr Leben, und ließ sie deshalb nie aus den Augen. Aus dem gleichen Grunde wollte er sie auch mit zum Bahnhof nehmen, um ihre Mutter abzuholen, die ihren Besuch angekündigt hatte. Obwohl P. mit der Begründung, sie sei zu müde, ablehnte, war er der festen Überzeugung, daß sie sich auf den Besuch ihrer Mutter (an der sie früher sehr gegangen hatte) freue und ließ sie dieses eine Mal allein. In dieser Zeit ertränkte sie sich.

Zum Abschluß der Casuistik zur Diagnose "endogene Depression" sei ein Brief zitiert, der die Qual ahnen läßt, die diese Menschen zum Suizid treibt.

"Nun Ade Frau für immer, Du hast genug gelitten und ertragen. Mich hat Gott verdammt ob meiner ungeheuren Sünden und Nichtskönnen. Kann es nicht mehr ändern. Jetzt sehe ich erst, wie schön es auf der Welt wäre und habe nichts mehr davon. Keine Minute Schlaf ohne Tabletten, keine Ruhe und Frieden Tag und Nacht. Es ist grausam, aber nicht mehr zu ändern. Komme in die Hölle oder in das Zuchthaus. Ein furchtbarer Tod und Schrecken für Dich (für mich)."

Bei diesem Mann war die Diagnose "Zyclothymie" schon lange bekannt. Er wurde von heftigen, diffusen Schuldgefühlen gequält, ohne angeben zu können, worauf sich diese bezogen.

Während bei der Zyclothymie Suizide nur in der depressiven Phase vorkommen (besondere Gefahr besteht am Beginn oder Ende der Phase, wenn die Hemmung noch nicht stark ist bzw. wieder nachläßt), muß bei der Schizophrenie immer mit Autoaggressionshandlungen gerechnet werden. Man darf annehmen, daß manch unmotivierter, unverständlicher Suizid auf den Beginn einer schizophrenen Erkrankung zurückzuführen ist, wie im Fall der 24-jährigen Studentin W. A., deren Suizid nur durch Zufall aufgeklärt werden konnte.

W. war tot in ihrem Zimmer gefunden worden. Die Beamten stellten Suizid durch eine Überdosis Schlaftabletten fest. Sie ermittelten, daß die Tote Vollwaise und als Einzelgängerin bekannt gewesen war. Heimbewohnerinnen wußten über sie nur zu sagen, daß sie sehr lärmempfindlich gewesen sei, sie habe sich nämlich in letzter Zeit immer Ruhe ausgeben und sei dadurch den anderen Mädchen schon unangenehm aufgefallen. Damit waren die Ermittlungen abgeschlossen. Einige Zeit später meldete sich ein junger Mann, der folgendes berichtet: Er habe Fräulein W. vor etwa 4 Wochen kennengelernt. Sie habe ihm bald erzählt, daß sie nur ungern in dem Heim wohne, weil alle über sie tuschelten. In der Nacht könne sie nicht schlafen, weil im Keller laute Männerstimmen über sie redeten. Sie habe ihn wiederholt gebeten, dort nachzusehen. Einmal habe sie ihn deshalb ganz aufgeregt von einer Gruppe von Freunden weggeholt. Die einhellige Meinung seiner Freunde:

"die spinnt". Er habe dann einen Spaziergang mit ihr gemacht. Weil er über ihr Verhalten sehr bedrückt gewesen sei, habe er kein Wort gesprochen. Erst nach einiger Zeit sei ihm aufgefallen, daß sie mit ihm sprach, als würde er Antworten geben. Plötzlich sei sie erbost stehengeblieben, und habe sich seine "blöden Zwischenbemerkungen" verboten.

W. habe immer wieder behauptet, daß sie von Gesichtern auf dem Bildschirm beobachtet würde und daß Radarstrahlen auf sie gerichtet seien. Auch über das Radio könne man sie hören, um das nachzuweisen, wollte sie sich ein Tonbandgerät borgen. Er habe Fräulein W. zuletzt bei einer gemeinsamen Fernsehsendung über die Mondlandung gesehen. Als er eine Frage über ein technisches Detail mit "ja" beantwortet habe, habe sie ihm mit der Faust voll auf die Nase geschlagen. Auf seine Frage habe sie nur geantwortet, er wisse ganz genau, warum sie das getan habe. Daraufhin habe er die Beziehungen zu ihr abgebrochen.

Bei diesem Fall von Schizophrenie war die Krankheitssymptomatik ebenso evident wie in den beiden folgenden Fällen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Es hätten daher auch Laien aus der Umgebung der Kranken eine psychiatrische Untersuchung in die Wege leiten müssen, wie das im übernächsten Fall zumindest beabsichtigt war.

Bei unserem ersten Fall von paranoid-halluzinatorischer Psychose waren die Polizeibeamten nicht auf die Aussagen

anderer angewiesen, um eine Psychose als Grundlage des Suizids zu ermitteln.

Die 53 Jahre alte Wirtschaftsprüferin C. hatte selbst schon öfter die Hilfe der Polizei in Anspruch genommen, wegen "Sachbeschädigung ihrer Wohnung durch unbekannte Personen". Sie sperrte dann jedesmal die mit Sicherheitsschlössern versehene Türe auf, und wies auf nicht vorhandene Schäden und Verwüstungen hin. Sie hinterließ folgenden Brief:

"Man hat mir meinen Beruf durch Taschenspielertricks übelster Art zu entwinden versucht. Mein, durch schwerste Belastung bedingtes, Versagen war nicht der einzige Grund dafür. Mein Leben in den letzten zwei Jahren würde sich in mancher Beziehung für eine Geschichte eignen. Sollte der betreffende Herr (ihr Widersacher) entsprechende Leute dafür interessieren können, bitte ich ihn, meinen allerdings recht passiven Anteil nicht ganz zu vergessen und bei finanziellem Erfolg etwa eine Spende an das jüdische Altersheim zu geben. Meine privaten Wünsche haben anerzogene Hemmungen im Verein mit schlechten Augen ausgelöscht. Auf den Beginn meines Lebens hatte ich keinen Einfluß, auf das Ende nehme ich ihn."

Auch der 29 jährige Kaufmann W. litt, weil er sich verfolgt glaubte. Seine Zimmerwirtin sagte aus, daß ihm kürzlich nahegelegt worden sei, sich eine neue Stellung zu suchen. Er sei

sehr schwerfällig geworden, habe Probleme hin und her gewälzt, sei mit keiner Arbeit zum Abschluß gekommen. Er habe sie öfter um Hilfe gebeten, "die ekelhaften Tiere aus seinem Bett zu entfernen". Vom Fernseher seien Stromstöße von unterirdischen Mächten ausgegangen, die ihn traktierten. Die Zimmerwirtin wollte ihn persönlich zu einem Nervenarzt bringen, aber unterwegs entwichte er ihr.

Die Casuistik über die Schizophrenie und paranoid-halluzinatorischen Psychosen anhand unseres Untersuchungsgutes konnte nur bruchstückweise einzelne, besonders auffällige Symptome berücksichtigen. Der subtile Aufbau des Wahnsystems hätte nur durch Exploration des Kranken selbst dargestellt werden können. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war die Diagnose während früherer Krankenhausaufenthalte erstellt worden (bei 18 der insgesamt 22). Es ist klar, daß die Polizeibeamten bei diesen auf die Aufzeichnung des psychotischen Inhalts verzichteten.

Die körperlich begründbaren seelischen Störungen stellen mit 11 % unter den Psychosen die kleinste Gruppe. Wir haben diese Diagnose allerdings nur gestellt, wenn die organische Herkunft der seelischen Störungen sicher war. So haben wir zum Beispiel unter den "Depressiven Syndromer" im höheren Lebensalter" alle mit depressiver Symptomatik einhergehenden Erkrankungen bei alten Menschen eingeordnet.

In drei Fällen war eine Wesensänderung im Anschluß an einen cerebralen Gefäßprozeß aufgetreten, es handelte sich hierbei um jüngere Menschen. In diesen Fällen konnten wir die Diagnose der "körperlich begründbaren seelischen Störungen" stellen.

Herr F. O., 56 Jahre alt, litt seit längerer Zeit unter cerebralen Durchblutungsstörungen. Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer Encephalomalacie war F. ganz verändert. Er war mißtrauisch, depressiv, bezeichnete sich selbst als Krüppel und fühlte sich gegenüber seinen Kollegen stets benachteiligt. Seine Verlobte verfolgte er mit heftigen Eifersuchtsszenen. Er äußerte häufig Suizidgedanken, z. B. "Ich gehe zur Bahn, Gepäck brauche ich ja keines, wenn ich mich vom Zug überfahren lasse". Dem Suizid (Erhängen) ging eine Auseinandersetzung voraus, bei der er seine Freundin hatte schlagen wollen. Daraufhin löste diese die Verbindung, was ihm zum Anlaß für seine Tat wurde.

Bei den anderen 14 Personen aus der Gruppe der körperlich begründbaren Psychosen handelte es sich um Patienten, die eine Encephalitis durchgemacht hatten, Personen mit frühkindlichem Hirnschaden, einen Anfallskranken und um Menschen, die anlässlich eines Unfalls Hirnverletzungen erlitten hatten, wie zum Beispiel Herr L. W., 33 Jahre alt:

Nach einem Motorradunfall war L. im Alter von 30 Jahren Rentner geworden und mußte von seiner Frau versorgt werden.

Er litt unter erheblichen Kopfschmerzen und einer Gefühlslosigkeit in den Fingern. Wegen dieser körperlichen Beschwerden und seiner "Depressionen" befand er sich noch in regelmäßiger ambulanter nervenärztlicher Behandlung. L. schlief sehr viel, ging nie mehr aus, da er kaum gehen konnte. Wenn er wach war, bastelte er an einem Schußapparat, mit dem er schließlich sein Leben beendete.

Als Beispiel für Suizide bei frühkindlichem Hirnschaden ist der Fall des 21 Jahre alt gewordenen Hilfsarbeiters T. E. typisch. Herr T. war der Sohn gebildeter, wohlhabender Eltern. Er fiel schon als Bub auf: kontaktarm und scheu kam er in der Schule nicht mit, so daß er nur die Hilfsschule besuchen konnte. Im Alter von 17 Jahren versuchte er, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Um ihm eine Freude zu machen, schenkte der Vater ihm ein Moped, mit dem der Junge ständig unterwegs war. Mit seinen Eltern unterhielt T. sich nie; sein Vater konnte kein Motiv für den Suizid mittels E 605 angeben.

Bei der Sektion fand sich eine hühnereigroße Cyste mit Verdrängung von Hirnsubstanz, außerdem eine leichte Erweiterung der Hirnkammern.

Eine Sonderstellung nimmt der Fall des 32 Jahre alten technischen Zeichners Sch. J. ein, weil wir nicht sicher entschei-

den konnten, ob die seelischen Störungen, unter denen er litt, auf den Hirntumor selbst zurückzuführen waren, oder ob es sich hier um einen "reaktiven Suizid" mit dem Motiv: Krankheit handelte. Vier Monate nach der Operation eines Hirntumors traten Zeichen eines Rezidivs auf (Krämpfe, Lähmungen). Schon 5 Tage vor dem Suizid entdeckte die Ehefrau eine Nachricht an die Polizei, in der Sch. sich für die Arbeit, die er durch seinen geplanten Selbstmord verursachen werde, entschuldigte. Die Ehefrau versuchte, über den Hausarzt eine psychiatrische Betreuung einzuleiten, jedoch kamen ihre Bemühungen zu spät.

Depressive Syndrome im höheren Lebensalter machten unter den Psychosen 16 % aus. Alte Menschen sind in besonderem Maße suizidgefährdet. Es gibt viele Faktoren, die zusammengekommen beim alten Menschen schwere depressive Verstimmungen hervorrufen können. Schließlich empfindet er sich und sein Leben nur noch als Last, wenn er an einer schweren Krankheit zu tragen hat, den Ehepartner verloren hat, von den Kindern vernachlässigt wird und vereinsamt ist usw. Die 79 Jahre alte Frau A. E. hinterließ die drei Worte: "Ich bin übrig".

Der folgende Brief mag als Beispiel genügen, da mit kleinen Abweichungen, die hinterlassenen Briefe inhaltlich sehr ähnlich lauten. Der Abschiedsbrief stammt von dem 81 Jahre alten

ledigen H. H., der von seinen Angehörigen aufopfernd versorgt wurde und eine hohe Rente bezog. Äußerlich bestanden also optimale Bedingungen für einen geruh samen, schönen Lebensabend und dennoch war es zu zunehmender Verzweiflung gekommen:

. . . ."Ich merke, daß ich von Tag zu Tag älter werde und verfall e. Körper und Geist lassen bedenklich nach. Es fällt mir schwer, mich zu bewegen, die Beine wollen oft nicht mehr. Mein einst so gutes Gedächtnis läßt mich oft im Stich. Mein Gehör ist seit Jahren schlecht, und auch meine Augen lassen sehr nach. Mangels an Beschäftigung weiß ich oft nichts mehr mit mir anzufangen Ich leide oft unter starken Depressionen und Angstzuständen möchte nicht zur Last fallen weiß nicht, wie über den Winter zu kommen, da der Ofen nicht mehr so brennt wie früher . . . ich kann einfach alles nicht mehr verkraften, so sehr ich mir auch Mühe gebe. Laßt mich christlich begraben. Gott verzeihe mir, verzeiht auch Ihr mir. Mein Geist hat so nachgelassen, daß ich meine Obliegenheiten nicht mehr erledigen kann und meine ganze Lage nicht mehr übersehe. Jede Nacht nehme ich Schlaftabletten und kann doch nicht schlafen."

Dieser Brief zeigt, wie nachhaltig sich körperliche Krankheiten auf alte Menschen auswirken. Die ohnehin in ihren Kontakten beschränkten Alten werden dadurch in eine weitere Isolation getrieben (Körperbehinderung, Schwerhörigkeit). Die Grundstimmung ist danach in vielen Fällen durch Pes-

simismus und Mutlosigkeit gekennzeichnet und führt nicht selten zum Verlust jeden Selbstwertgefühles.

Der alte Mensch hat in der städtischen Industriekultur westlicher Länder weder in der Familie noch in der Gesellschaft einen festen Platz. In anderen Gesellschaftsordnungen, wo "das Alter" geehrt wird (Italien, Japan, China), liegen die Suizidziffern der alten Menschen deutlich niedriger.

b) Alkoholismus und Medikamentenmißbrauch

In die diagnostische Gruppe Alkoholismus und Medikamentenmißbrauch fallen bei den Männern 20 %, bei den Frauen 6 % der Fälle. Die meisten Frauen waren medikamentensüchtig, die meisten Männer (18,5 %) Alkoholiker. Im Vergleich dazu ergab sich bei den von F. Böcker im Kölner Raum gefundenen Werten (man muß berücksichtigen, daß es sich fast nur um Patienten mit Suizidversuchen handelt) bei den Männern ein gleich hoher Anteil an Alkoholmißbrauch, bei den Frauen aber ein höherer Anteil von Medikamentenmißbrauch. Man kann vermuten, daß der Medikamentenabusus auf dem Land allgemein seltener ist. Der Griff zum Schlaf-, Schmerz- und Aufputzmittel ist vielleicht nicht so selbstverständlich wie in überreizter Großstadtatmosphäre. Auf dem Land werden zuerst die altbewährten Hausmittel versucht, außerdem führt

der Weg zur Apotheke in der Regel immer noch über den Hausarzt. Allerdings kommt das, in Zahlen ausgedrückt, nicht sehr stark zur Geltung: den 6,1 % alkohol- und medikament-abhängigen Selbstmörderinnen stehen 8,6 % Kölner Patientinnen gegenüber.

In den Einzelkollektiven hat der Landkreis Erlangen mit 26 % den größten Anteil alkoholabhängiger Männer, es folgen Forchheim mit 23 % und Erlangen und Landkreis Forchheim mit jeweils 17 %; Hof hat mit 13,5 % den niedrigsten Anteil. Der Medikamentenabusus war bei den Männern überall unter 3 % (siehe dazu Tabelle 10).

Im ganzen Untersuchungsgut waren nur vier Alkoholikerinnen, das entspricht 2 %, und acht Medikamentabhängige, das sind 4 % (Tabelle 10).

Von den 57 Alkoholikern waren 11 im Laufe ihres Lebens zur Entziehung in stationärer Behandlung, von den zwölf Frauen waren zwei wegen Alkoholismus, eine wegen Rauschgiftsucht im Nervenkrankenhaus. Drei der Alkoholabhängigen stammten aus Alkoholikerfamilien, in drei weiteren Familien war ein Suizid in der Familienanamnese bekannt.

Diagnose	Erlangen		Hof		Forchheim		Landkreis Erlangen		Landkreis Forchheim		zusammen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkoholismus	29		5		7		10		6		57	
	17		13,5		23		26		17		18,5	
Medikamenten- mißbrauch	3		1		1		-		1		5	
	2		4,5		-		4,5		3		1,5	

Tabelle 10: Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Sucht, getrennt in Alkoholismus und Medikamentenmißbrauch

b 1) Der Einfluß von Alkohol auf das Suizidgeschehen

Für den Ablauf der Suizidhandlung kann Alkohol verschieden wirksam werden. Sehr selten wird Alkohol als Suizidmittel verwendet (4 Fälle), wenn überhaupt, dann in Verbindung mit Medikamenten. Nicht so selten sind Personen, die den Alkohol bewußt verwenden, um sich nach einem gefaßten Suizidentenschluß die Ausführung zu erleichtern, sie erhoffen sich vom Alkohol vor allem Schmerzlinderung.

Suizidale Handlungen in alkoholisiertem Zustand sind sehr häufig. Mehrere Autoren weisen darauf hin, daß ohne Alkohol vermutlich nicht einmal Suizidgedanken aufgetaucht wären. Die suizidale Handlung ist überstürzt -aus nichtigem Anlaß- und wird mit dem nächstbesten Mittel, das oft unzureichend ist, durchgeführt. Daher kommt es, daß suizidale Handlungen unter dem Einwirken von Alkohol zwar häufig sind, diese aber selten tödlich enden. K. J. Linden (1969) gibt 28 % an, deren Suizidentenschluß unter alkoholtoxischem Einfluß reifte, in dieser Untersuchung waren es 6 % der Männer und 2,6 % der Frauen.

Als Beispiel, daß Suizidgedanken erstmals unter Alkoholeinfluß entstehen können, sei der Fall der 40-jährigen, lebensfrohen Hausfrau H. J. angeführt, die während eines Besuches reichlich Alkohol konsumiert hatte. Nachher begann sie ohne ersichtlichen Grund einen Streit mit dem Ehemann, der ihr,

durch eine ihrer Äußerungen zutiefst beleidigt, ein Glas Bier ins Gesicht schüttete. Mit den Worten: "Du wirst schon sehen, was passiert!" ging die Frau ins Bad, um sich zu säubern. Dort sah sie, sicher zufällig, ein Röhrchen Schlaftabletten stehen. Sie schluckte dessen Inhalt und verließ die Wohnung. Der Ehemann ließ die Frau gehen in der Annahme, daß es sich dabei nur um eine Trotzreaktion handelte; außerdem stand er selbst unter Alkoholeinfluß und schlief rasch ein. Er wurde am nächsten Morgen von der Polizei geweckt, die die Frau tot im Vorgarten aufgefunden hatte.

Im Rahmen von Alkoholismus kam es bei 18,5 % der Männer und 2 % der Frauen zum Suizid und zwar meist im Zustand der Trunkenheit (gesichert durch Blutalkoholbestimmung) und nicht so häufig in der von anderen Autoren beschriebenen "Katzengjammerstimmung". Insgesamt standen 26,5 % der Männer und knapp 5 % der Frauen zur Suizidzeit in irgendeiner Form unter Alkoholeinfluß; bei F. Böcker (1973) waren es 35,5 % der Männer und 11,3 % der Frauen (es handelt sich wie bei K. J. Linden (1969) um Suizidversuche). Von den 57 alkoholabhängigen Männern hatten 22, das sind 39 %, im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche begangen.

Die Rolle des Alkohol	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Suizidentschluß unter Alkoholeinfluß, bzw. Alkohol, um sich die Durchführung zu erleichtern	20	6,7	5	2,6
Suizid im Rahmen von Alkoholismus	57	18,5	4	2,1
Alkohol als Suizidmittel, meist in Verbindung mit Tabletten	4	1,3	-	-
Kein Alkoholeinfluß	217	73,5	180	95,3
zusammen	308	100	189	100

Tabelle 11: Der Einfluß von Alkohol auf das Suizidgeschehen

b 2) Motive bei Alkoholikern

Motive	Anzahl	%
familiäre Auseinander- setzung	9	14,7
Ehekonflikt	12	19,7
Liebeskummer	3	4,9
finanzielle und soziale Probleme	12	19,7
physische Krankheiten	9	14,7
Straftaten	3	4,9
nicht bekannt	13	21,4
zusammen	61	100

Tabelle 12: Überblick über die Motive bei Alkoholikern

Bei vier dieser Fälle waren soziale Probleme zusätzlich beteiligt.

In den meisten Statistiken erscheint "Trunksucht" als Motiv. Wir haben nur einen Fall, bei dem die Verzweiflung über die eigene Alkoholabhängigkeit zum Suizid führte. Es handelt sich dabei um den 48 Jahre alten Architekten S. M., der sich zwei Jahre nach einer Gehirnerschütterung wegen anhaltender Kopfschmerzen in stationäre nervenärzt-

liche Behandlung begeben mußte. Als er an seinen Arbeitsplatz zurückkehrte, glaubte er sich als "Irrenh usler" von seinen Kollegen verachtet. S. begann zu trinken, kam zur Entziehungskur, trank wieder. Zu seiner Frau sprach er oft von Suizidabsichten; sie meldete ihn deshalb zu einer erneuten Behandlung an. S. bat um 3 Tage Aufschub. Am folgenden Tag sagte er, er habe E 605 genommen, es wurde aber nicht geglaubt, da er seine Familie schon öfter damit erschreckt hatte (1 Suizidversuch). Er sagte dann nur noch: "Jetzt seid ihr erlöst von mir".

Dieser Fall stellt eine Ausnahme dar; erst die unmittelbaren Begleitumstände bzw. Folgen der Trunksucht liefern die Motive, wie z. B. Familien- oder Ehezwist, finanzielle und soziale Schwierigkeiten, aber auch Krankheiten. Deshalb wird der Alkoholismus als Ursache des Suizids -und nicht als Motiv- behandelt.

E. Ringel (1961) verneint den direkten Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Suizid und postuliert eine gemeinsame Grundkrankheit, z. B. Neurose oder Psychopathie, die zunächst zum Alkoholismus als einer Möglichkeit, der Wirklichkeit zu entfliehen, führt, die aber schließlich doch mit Suizid endet.

Von den insgesamt 61 Alkoholikern war bei 13 kein Motiv eruierbar, dafür sind, wie folgender Fall zeigt, soziale Isolation oder desolate Familienverhältnisse anzuschuldigen.

Der 31 Jahre alte Hilfsarbeiter O. E. hatte sich erschossen. Die Polizei traf die Eltern bei den verschiedenen Vernehmungen stets betrunken an. Von der Mutter hörte man nur Bemerkungen wie: "Gott sei Dank, daß der Krüppel hin ist". Der Vater berichtete von einer gemeinsamen Zecherei, bei der der Sohn gesagt habe:

"Erst bring ich die Alt' (Mutter) um, dann mich und Dich (Vater) laß ich leben". Ein Jahr später erhängte sich die trunksüchtige Mutter, das Motiv blieb ebenfalls unbekannt.

Über ein Drittel der Motive entstammt Konflikten des zwischenmenschlichen Bereichs. Der Trunksucht wegen kommt es zum Streit mit der Verlobten, mit den Eltern und Ehegatten. Die Angehörigen müssen viel "mitmachen", es entwickelt sich fast unweigerlich eine negative Einstellung zum Trinker, der dadurch in eine Isolation gerät.

Angst vor Gewalttätigkeiten und auch Gleichgültigkeit verhindern oft ein Eingreifen in die Suizidhandlung, die sehr selten unerwartet geschieht. Fast alle Trinker äußern Suizidabsichten in irgendeiner Form, und viele begehen Suizidversuche (hier über 1/3), aber in diesem Stadium kümmert sich niemand mehr darum.

Einige Beispiele sollen diese Verhältnisse verdeutlichen und gleichzeitig die immer wiederkehrenden Motive "Ehekonflikt", "familiäre Auseinandersetzung" und "Liebeskummer" aufzeigen.

Der 30-jährige Hilfsarbeiter G. H. ("broken-home" Situation) wollte endlich ein eigenes Zuhause -bislang wohnte er bei seiner zukünftigen Schwiegermutter- und drängte deshalb seine Verlobte, mit der er ein Kind hatte, zur Heirat. Weil er aber das Trinken trotz wiederholter Versprechungen nicht aufgegeben hatte, war eine Heirat längst in Frage gestellt. Die Situation spitzte sich zu, als er eines Abends wütend auf das Kind einschlug. Die Mutter meinte, er wolle es umbringen, und brachte es vor ihm in Sicherheit. G. sagte daraufhin, daß er sich nun selbst umbringen werde. Eine halbe Stunde später läutete die Wohnungsglocke. Als die junge Frau in den Hof sah, strangulierte sich dort ihr Verlobter demonstrativ an der Teppichstange. Sie ging hinunter und schnitt ihn ab, weigerte sich aber weiterhin, ihn zu heiraten. Er lief acht Tage lang mit einer Nylonschnur herum, die er hin und wieder vorzeigte, schließlich erhängte er sich an der Teppichstange.

Ein 39-jähriger Landwirt hatte im Verlauf der ständigen Streitereien immer wieder gedroht, sich umzubringen. In einem Eifersuchtswahn verfolgte er seine Frau mit Vorwürfen, die wegen seines permanenten Vollrausches ablehnend zu ihm war. Auch am Suizidtag, er war wie immer betrunken, kam es zum Streit; als seine Mutter auf ihn einredete, endlich ein anständiger Mensch zu werden, erschoss er sich im Beisein der beiden Frauen. (Im Leichenblut 3,2‰ Alkohol)

Der 24-jährige Handwerker S. H. war von seinen Eltern sehr verwöhnt worden, er ging sehr leichtsinnig mit Geld um. Wenn sein eigenes nicht mehr reichte, griff er auf das seiner Eltern zurück. Seine Leidenschaften waren Alkohol und schnelle Autos. Er verursachte in betrunkenem Zustand mehrere Unfälle, daraufhin wurde der Führerschein eingezogen. Er fuhr weiter ohne Führerschein, aber immer alkoholisiert. Die Schlüssel zum PKW seines Vaters stahl er sich unter dem Kopfkissen seines Vaters, während dieser schlief. Es kam jetzt häufig zum Streit in der Familie. Die Mutter hielt zum Sohn, der Vater ignorierte ihn schließlich, als alle Ermahnungen nicht fruchteten. Die Familie wurde bald von Freunden und Bekannten gemieden, die die Atmosphäre, die dort herrschte, als unerträglich empfanden. Nüchtern war S. einsichtig, bereute alles und machte sich Vorwürfe darüber, daß er der Anlaß der Familienzerrüttung sei. Regelmäßig versprach er dann, keinen Tropfen mehr anzurühren. Aber im Abstand von 3 - 4 Tagen zog es ihn "einen drauf zu machen". Auf dem Heimweg von einem Volksfest legte er sich auf die Eisenbahnschienen. (Leichenblut 2,5 ‰ Alkohol). Ein Bruder der Mutter war im Alter von 19 Jahren aus unbekannten Gründen durch Suizid gestorben.

Es ist nicht sehr häufig, daß der Alkoholiker wie in obigem Fall einsichtig ist. Öfter lastet er die Schuld dem Schicksal oder Personen seiner näheren Umgebung an.

Der 56-jährige Landwirt B. O., in den Akten als "notorischer Säufer" bezeichnet, tyrannisierte seit Jahren die ganze Familie. B. äußerte dauernd Suizidabsichten, aber niemand hörte darauf. Schließlich unternahm er einen Suizidversuch mit Schlaftabletten, weshalb er ins Nervenkrankenhaus verbracht wurde. Nach seiner Rückkehr hatten weder er noch die Einstellung der Familie ihm gegenüber sich verändert. B. malte weiterhin seinen Suizid aus. Am Tag, an dem er sich erhängte, zeigte er der Tochter und der Nachbarin einen Strick, mit dem er "heute noch einen Streich spielen" werde. An die Garagenwand schrieb er "nur wegen meiner Tochter". Im Leichenblut wurden 3 ‰ Alkoholgehalt festgestellt.

Ganz ähnlich lag der Fall des 53-jährigen Rentners M. K., der sich drei Jahre vor dem Suizid einen tiefen Pulsschnitt beigebracht hatte; er kam ins Krankenhaus, wurde aber als chronisch Trunksüchtiger bald ins Nervenkrankenhaus verlegt. Nach seiner Entlassung wurde er wieder rückfällig und hatte ständig Streit mit seiner Frau, die ihm sein unablässiges Trinken vorwarf. In betrunkenem Zustand war er sehr aggressiv, zertrümmerte Mobiliar und schlug Frau und Sohn. Um einmal aus dem Elend herauszukommen, fuhr seine Frau in Urlaub. In dieser Zeit erfolgt der Suizid. M. hinterließ einen Zettel mit folgendem Inhalt: "Ich muß aus dem Leben scheiden, ich weiß nicht mehr, was ich tun soll. Der schuldige Teil ist meine Frau. Alles Gute".

Es wird nicht verwundern, daß finanzielle und soziale Probleme an zweiter Stelle der Motivliste stehen. Mit zunehmender Alkoholabhängigkeit verschlechtert sich die Lage des Trinkers. Die Schulden wachsen an, es reicht nicht einmal mehr für billigen Fusel, die Arbeitsstelle wird gekündigt, oft zugleich die Wohnung, letzteres ist besonders belastend und wurde in diesem Komplex am häufigsten zum Anlaß.

Die Ehe des 50-jährigen Arbeiters F. B. war wegen Trunksucht vor fünf Jahren geschieden worden. Drei Jahre danach unternahm er einen Suizidversuch mit Tabletten. F. erwachte erst 8 Tage später aus der Bewußtlosigkeit. Sein Arzt bezeichnete ihn als "haltlosen Psychopathen mit beginnendem Persönlichkeitsabbau". Er war in den folgenden zwei Jahren immer öfter betrunken zur Arbeit gekommen, bis ihm schließlich sein Arbeitgeber (5 Tage vor dem Suizid) mit Entlassung drohte. Sein Vater hörte davon und teilte F. B. einen Tag vor dem Suizid den Entschluß mit, ihn aus der Wohnung zu weisen, wenn er so weitermache. Auf einem Zettel bat F. die Eltern um Verzeihung.

Der 44-jährige Hilfsarbeiter B. U. war ein notorischer Trinker, in betrunkenem Zustand randalierte er. Durch die Beschwerden der Nachbarn kam die ganze Familie in eine sehr schwierige Lage. B. hatte schon öfter den Gashahn geöffnet,

um seiner Frau einen Schrecken einzujagen. Häufig erwähnte er, daß er, wenn er "mal keinen Ausweg" wisse, Suizid begehen werde. Auf neuerliche Ermahnungen, Rücksicht auf die Hausbewohner zu nehmen, erwiderte er, "die werden sich nicht mehr beschweren". Er hinterließ folgenden Brief:

"Liebe Frau und Kinder. Nach Deiner letzten Auseinandersetzung mit mir darf ich nicht mehr nach Hause kommen, deshalb bin ich gezwungen, mein Ziel zu setzen"

Das Motiv "Straftaten" ist selten, und wird nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Eine auftretende Krankheit wird relativ häufig zum Motiv. Bemerkenswert ist, daß über die Hälfte dieser Krankheiten alkoholbedingt waren. Es handelte sich um Polyneuritis, Leberzirrhose und Durchblutungsstörungen der Beine. Vielleicht spielt das Wissen um das eigene "Verschulden" mit eine Rolle.

Einem 44-jährigen Angestellten war die Diagnose "Leberzirrhose" bekannt. Er verdrängte den Gedanken, es könnte mit Alkohol zu tun haben und trank wie gewohnt weiter. Als die Schmerzen sehr stark wurden, war er der Überzeugung, ein Carcinom zu haben. Eine neuerliche Kur lehnte er ab, "weil die ja doch nicht mehr helfen können". Er erschoss sich. In seiner Hosentasche fand man E 605.

Die Krankheit allein kann die Situation des Trinkers so

verschlechtern (Zwang auf den Alkohol zu verzichten; niemand da, der ihn versorgt), daß der Suizid als "Ausweg" gewählt wird.

Der 32-jährige Hilfsarbeiter L. L., ehemals Medizinstudent, hatte vor vielen Jahren das Studium wegen Trunksucht aufgegeben. L. hatte schon unzählige Gelegenheitsarbeiten angenommen, aber er arbeitete immer gerade so viel, daß er weitertrinken konnte. Er war total heruntergekommen und hauste in einem Kellerverschlag ohne Türe. Zu den Eltern hatte er längst keine Verbindung mehr, auch sonst war er vollkommen isoliert. Er erhängte sich, als er sich krank fühlte.

c) Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit reaktiv

Die dritte große diagnostische Gruppe stellen die "reaktiven" Suizide dar. Hier sind alle Suizide zusammengefaßt, die weder auf Psychosen, noch auf Alkoholismus zurückgeführt werden konnten. Das bedeutet nicht, daß diese Diagnose durch Ausschlußverfahren gestellt werden mußte. Der Begriff "reaktiv" ist weit genug gefaßt, um Fehler auszuschließen. Die Mindestforderung war, daß das Motiv geklärt werden konnte. Auf eine weitere Unterteilung in Psychopathien, abnorme Erlebnisreaktionen oder abnorme Entwicklungen wurde bewußt verzichtet, da selbst ausführliches Aktenmaterial eine Exploration nicht ersetzen kann. Wie schwierig es ist, unter günstigen

Untersuchungsbedingungen, postum eine Analyse der suizidalen Persönlichkeit anzustellen, erwähnt E. Ringel (1969) in seinen "Untersuchungen zum Selbstmordproblem".

Die Motive

In den polizeilichen Ermittlungen im untersuchten Raum wird in der Regel besondere Sorgfalt auf die Klärung des Motivs verwendet, um letzte Zweifel an der Selbsttötung ausräumen zu können. In den Akten wird dieser Frage jeweils ein Kapitel gewidmet, soweit es sich um "normale" Selbstmörder handelt. Ist dagegen bei der betreffenden Person eine Geisteskrankheit bekannt oder weisen alle Umstände auf eine solche hin, so findet man als Motiv nur "Geisteskrankheit" oder "Depression" vermerkt.

Daraus ergibt sich bei vielen Fällen eine Fülle von Hinweisen (wenn nicht ein Motiv klar im Vordergrund steht), um unter allen Umständen einen reaktiven Suizid zu klären, andererseits führt die Beschränkung auf die Feststellung "Geisteskrankheit" dazu, daß man über die letzten Beweggründe dieser Kranken so gut wie nichts erfährt. Die Zusammenfassung der Motive gestaltete sich deshalb besonders schwierig, weil bei Angabe von mehreren Motiven eine Entscheidung getroffen werden mußte, welches Motiv gerade für diese Person besonders relevant war. Eine gewisse Willkür

muß hier in Kauf genommen werden, da kein Untersucher ganz vorurteilsfrei entscheiden kann. Man ist immer geneigt, schwierige Lebensumstände als Motiv mit einzubeziehen, obwohl diese dem Selbstmörder oft gar nicht bewußt werden, und ihn erst ein letzter vordergründiger Anlaß zur Tat trieb. K. J. Linden (1969), der sich sehr ausführlich mit der Dynamik der suizidalen Handlung befaßte, weist darauf hin, daß bei 42 % der Personen der Suizidentenschluß innerhalb einer Stunde reift; als Folgerung daraus wurde bei Vorhandensein mehrerer Motive das angegeben, das dem Selbstmörder zum letzten Anlaß wurde, und das er bei seiner Rettung vermutlich angegeben hätte. Die schwierige Situation, die zu dieser Entwicklung führte, wird als Zusatzmotiv in einer gesonderten Tabelle aufgeführt (Tabelle 14).

Es wurden die Motive von 337 Personen untersucht, das entspricht etwa der Gesamtzahl der "reaktiven" Suizide. Nicht aufgenommen wurden die Motive bei Psychosen, sofern sie psychotischen Inhalts waren.

Um überschaubare Werte zu bekommen, mußten die vielen Einzelmotive in Motivgruppen zusammengefaßt werden. So enthält das Motiv "Ehekonflikte" z. B.: Untreue, Trunksucht des Partners, Verlassen, bevorstehende Scheidung und Streit, wobei gerade letzterer sehr häufig dem Suizid vorausging.

Motive	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
familiäre Auseinandersetzungen	19	8	11	10	30	9
Ehekonflikte	35	15	19	17,5	54	16
Liebeskummer	17	8	15	14	32	9,5
Zwischenmenschlicher Bereich	71	31	45	41,5	116	34,5
persönliche Konflikte	4	2	7	6,5	11	3
Schwierigkeiten in der Ausbildung	8	3,5			8	2,5
finanzielle und soziale Probleme	34	15	7	6,5	41	12
Straftaten, Angst vor Schande	23	10	1	1	24	7
physische Krankheiten	62	27	29	27	91	27
Furcht schwer krank zu sein	8	3,5	7	6,5	15	4,5
Vereinsamung, auf Hilfe angewiesen sein	9	4	7	6,5	16	5
Tod oder schwere Krankheit eines Nahestehenden	10	4	5	4,5	15	4,5
	229	100	108	100	337	100

Tabelle 13: Übersicht über die Motive (alle Kollektive zusammen)

Motive	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Finanzielle und soziale Probleme	16	34	2	10
Vereinsamung zur Last fallen	7	15	6	30
physische Krankheiten	8	17	3	15
Straftaten	5	10,5	-	-
familiäre Auseinandersetzungen	4	8,5	1	5
Furcht schwer krank zu sein	2	4,2	3	15
Ehekonflikt	3	6,4		
Tod oder Krankheit eines Angehörigen	1	2,2	2	10
Liebeskummer			2	10
Examen, Studium	1	2,2	1	5
	47	100	20	100

Tabelle 14: Als Zusatzfaktoren wirksame Motive.

Bei 47 Männern und 20 Frauen waren mehr als ein Motiv wirksam.

Bei den Frauen entstammen 41 %, bei den Männern 31 % der Motive dem zwischenmenschlichen Bereich, bei beiden Geschlechtern stehen "Ehekonflikte" an erster Stelle.

Aus "Liebeskummer" beenden Frauen doppelt so häufig wie Männer ihr Leben: weil es zum Bruch mit dem Geliebten gekommen ist, weil sie in einer hoffnungslosen Liebe zu einem bereits gebundenen Partner verstrickt sind, oder weil sie immer im Zweifel gelassen wurden, ob ihre Liebe erwidert wird.

Personen mit dieser Problematik hinterlassen häufiger als andere Briefe, die zudem stark emotional gefärbt sind. Zwei Grundtypen der Briefe kehren immer wieder: die einen zeugen von dem Wunsch, sich zumindest postum einen Platz im Herzen der Geliebten zu sichern, die anderen sollen Schuldgefühle wecken.

Selbst bei der relativ niedrigen Fallzahl schält sich heraus, daß Männer mehr dazu neigen, Schuldgefühle zu erzeugen. Sie unterstreichen dies auch durch ihr Suizidverhalten, z. B. Erschießen im Beisein der Partnerin (etwa nach einem vergeblichen Erpressungsversuch), Erhängen im Garten oder der Wohnung der Geliebten.

Dagegen möchten sich Frauen eher ein gutes Andenken bewahren, wie folgender Brief von Fräulein P. M., 37 Jahre alt, zeigt:

"Liebling! Ich kann es nicht mehr länger aushalten. Meine

Liebe zu Dir ist mehr als mein Leben. Sei glücklich, mein lieber Mann. Mein ganzes Leben für Dich.

Deine Frau, Ich liebe Dich

Ich kann noch sagen und schwören, ich war Dir immer treu! ! !

Der Verlobte, ein amerikanischer Soldat, wollte nichts mehr von P. wissen, weil sie mit Negern gegangen sei. In der Nacht vor dem Suizid war ihm die Frau in einen Gasthof gefolgt, um ihn zur Rückkehr zu bewegen. Als sich der Soldat weigerte, wollte sie ihn nach Hause zerren und biß ihn, als er sich widersetzte, in den Unterarm. Daraufhin entstand ein wüstes Handgemenge, wobei Fräulein P. verprügelt wurde. Sie drehte noch in der gleichen Nacht den Gashahn auf.

Die 24-jährige G. L. nahm Gift, weil ihr der Bruch mit ihrem Freund sehr nahe ging. Er war immer häufiger weggeblieben, deshalb schlug sie ihm eines Tages vor, sich endgültig zu trennen. Zu ihrer Enttäuschung nahm er leichten Herzens an. Sie schrieb:

"Lieber

Nun bleibt mir nichts mehr als Deine Briefe, nicht mal ein Bild besitze ich von Dir; aber in meinem Herzen ist Dein Bild noch in Erinnerung, Du solltest der einzige sein, wenn Du mir nun auch sehr weh tatest, dem ich mich voll Vertrauen in Dich, Deine Person und Dein Wesen geöffnet habe, zum ersten und wer weiß zum letzten Male Dich, d. h. jemanden überhaupt

wirklich geliebt habe. Nun aber wünsche ich Dir nur, daß Du im späteren Leben glücklicher wirst und wünsche Dir allen Erfolg für Deine Berufspläne. Aber vergiß auch nicht ganz, nie, wie schön einmal die Zeit für uns beide war. Es grüßt Dich herzlich. . . ."

Folgender Brief des Herrn P. M. enthält beide Elemente, obwohl er schließlich nur Schuldgefühle erzeugte, so daß die Angesprochene am folgenden Tage auf gleiche Weise Suizid beging:

"Liebes Schnucki!

Bitte verzeih mir diese Tat, aber ich liebe Dich so sehr, daß ich nicht mehr ohne Dich sein kann. Ich wünsche Dir recht viel Glück in Deinem Leben, wenn ich Dir nicht mehr im Wege bin, wirst Du vielleicht vernünftiger und Deine Finger von Deinen verheirateten Männern lassen. Lege auf mein Grab ein einziges Mal rote Nelken."

Die Frau schrieb, ehe sie starb, einen Brief an ihre Eltern, in dem sie zum Ausdruck brachte,

"ich kann nicht verwinden, daß es heißt, ich habe Herrn P. in den Tod getrieben. Ich bin aber unschuldig, glaubt es mir, ich war ihm gegenüber immer ehrlich."

Auch Herr W. A., 32 Jahre alt, versuchte, in einem langen Brief seiner Verlobten die Verantwortung für seinen Tod anzulasten. Da heißt es u. a.

". . . . möchtest Du nie in Deinem weiteren Leben um ein bißchen Zärtlichkeit - um ein gutes Wort bitten müssen, wie ich es in den letzten drei Monaten getan habe. Und wie oft hast Du mich nur angeschaut und mich ausgelacht. Du weißt nicht, wie weh es oft getan hat, von Dir so behandelt zu werden"

Der 18 Jahre alte L. W. hinterließ keinen Brief, sondern besorgte sich eine Pistole, begab sich auf ein Fest um dort inmitten der Gäste seine Freundin zu fragen, ob sie die Beziehungen zu ihm wieder aufnehmen wolle oder nicht. Als er die Antwort bekam, sie denke nicht daran, weiter mit ihm zu "gehen", erschoss er sich vor Ihren Augen.

"Familiäre Auseinandersetzungen" sind für beide Geschlechter fast gleichbedeutend. Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist 1:1,2 (bei "Ehekonflikten" besteht das gleiche Verhältnis).

In diesem Komplex sind Generationsprobleme, Zank, desolate familiäre Verhältnisse, Erbstreit; auch z. B. die Nöte eines 13 Jahre alten Mädchens, das sich gegenüber dem Bruder benachteiligt, ja gehaßt fühlte, und dies in einem langen Brief anschaulich darlegte.

Liebe Eltern!

Ich bin mir bewußt, was ich hier anstelle, doch kann ich

nicht anders. Ich habe gehofft, es würde sich ändern, doch nichts hat sich geändert. Ihr habt mich weiterhin gehaßt und selbst gesagt, daß Ihr Euch vor mir ekelt. Ich weiß auch, daß ich mir nicht das Leben so ohne weiteres nehmen darf. Betet für mich. Gott wird mir verzeihn; denn Ihr habt mir ja nie verzeihn; sondern immer wieder vorgeworfen. Warum habt Ihr mich gehaßt! Warum habt Ihr Euch vor mir geekelt? Ich habe manches beobachten können, und Ihr habt nichts davon gewußt. Wenn ich Euch "Gute Nacht" sagte, habt Ihr geantwortet: "Gute Nacht", schau daß'd verschwindst. Ich aber blieb wach und hörte, daß Ihr zum Werner gesagt habt: "Gute Nacht mein Bub, geh schön ins Bett und bet' mir fein. Zu mir: Schau daß'd raus kommst und den Laden reinmachst. Zum W.: "Mein Bub, bist amal so gut und gehst raus und machst den Laden zu"?

Ich will keine anderen Lasten mehr aufzählen. Warum habt Ihr mich nicht fortgetan? Ich habe alles gehabt, was ich gewollt nabe, doch eins hatte ich nicht: Es war etwas Liebe. Ihr habt Euch gewünscht, Ihr hättet keine Kinder, jetzt habt Ihr das "Sauweibsbild" los. Die verfluchte "Matz" ist jetzt weg. Das "Mistvieh" lebt nicht mehr. Jetzt habt Ihr nur noch ein Kind, und das Kind, das nicht so viel Geld braucht wie das andere. Ihr habt mich los, endlich los. Ich weiß, jetzt wird der ganze Haß noch viel schlimmer. Es soll kein Vorwurf sein, nur das Ende meines Lebens.

"Persönliche Konflikte" (ohne das Motiv "physische Krankheit") wurden selten zum Motiv, bei Frauen vier mal öfter als bei Männern. Es handelt sich um verschiedene Probleme aus dem persönlichen Bereich wie: Kinderlosigkeit und damit das Gefühl, versagt zu haben, Kontaktschwierigkeiten, "verpfushtes Leben", meist aber um sexuelle Schwierigkeiten. Es liegt an der Thematik, daß man so wenig über diese Probleme erfährt (wahrscheinlich sind "persönliche Konflikte" mit zusammen 3 % stark unterrepräsentiert), auch Briefe werden seltener hinterlassen. Der Brief der sehr begabten Schülerin Sch. H., 18 Jahre alt, stellt eine Ausnahme dar, Es war bei ihr nach langem, zermürbendem Kampf gegen eine lesbische Veranlagung zu einer depressiven Entwicklung gekommen:

"Ich habe keine Kraft mehr; mein ganzes Leben war nur ein Widerstreit zwischen diesen beiden Mächten, zwischen dem Bösen, meiner Triebwelt, und dem Guten. Ich sinke immer tiefer, ganz langsam und ehe ich in Zonen komme, die Euch und mich wahnsinnig machen würden, gehe ich lieber freiwillig. Ihr habt es so gut mit mir gemeint und auch wirklich unsagbar gut gemacht, -daß ich dennoch verzweifeln muß, ist ein Zeichen für meine tiefe Schlechtigkeit, bei der nichts Gutes mehr anschlägt Bitte verzeiht mir, bitte, bitte seid nicht traurig um mich, ich bin Eure Tränen nicht wert!!"

Allerdings -und das am Rande vermerkt- zeigt dieser Brief die

diagnostischen Schwierigkeiten, die gegeben sind, wenn nur auf die Angaben von Verwandten und Bekannten und auf hinterlassene Briefe zurückgegriffen werden kann. Eine endgültige Entscheidung, ob nicht doch eine endogene Depression gegeben war, ist vielfach nach dem Tode, wie bei Sch., nicht mehr möglich.

"Schwierigkeiten in der Ausbildung" (Schule, Studium, Examen) waren für 3,5 % der jungen Männer die Gründe, ihrem Leben ein Ende zu bereiten. Für sich allein war das Motiv wenig durchschlagskräftig, häufig hatten finanzielle und soziale Probleme sowie Krankheiten den Boden bereitet.

"Finanzielle und soziale Probleme" (Männer 15 %, Frauen 6,5 %) sind vor allem für die Männer bedeutungsvoll. Bei der Vielfalt der Konfliktmöglichkeiten: Asoziale Verhältnisse, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Versagen im Beruf, Entlassung, Verlust der Wohnung, Schulden usw. ist die hohe Zahl verständlich. "Finanzielle und soziale Probleme" wirken unterschwellig, über längere Zeit, als Wegbereiter. Sie brauchen als Motiv nicht in Erscheinung zu treten und prägen doch entscheidend die Lebenssituation, in der es zum Suizid kommt.

"Straftaten" wurden für Frauen fast nie (1 Fall), für Männer ein sehr häufiges Motiv. Trunkenheit am Steuer, kleinere Dieb-

stähle und Unterschlagung waren die häufigsten Delikte. Nicht Reue über die Tat, sondern erst die Begleitumstände der Entdeckung, wie Schande für die Familie, soziale Konsequenzen (Entlassung), oder Inhaftierung lassen Suizidgefahr aufkommen. Auffällig häufig waren Kurzschlußhandlungen während der kurzen Zeitspanne der unerwarteten Verhaftung.

Ein 48 Jahre alter Mann, wegen Notzucht vorbestraft, hatte ein junges Mädchen in seine Behausung gelockt und dort vergewaltigt; er drohte ihr Schlimmes an für den Fall, daß sie ihn verraten würde. Das Mädchen war eingeschüchtert, alarmierte aber trotzdem die nächste Polizeistreife. Der Mann erschoß sich, noch während die Polizei die Türe aufbrach.

Ein 21 Jahre alter Mann, wegen Raubes vorbestraft, hatte nachts einen Mann niederzuschlagen versucht, der ihm jedoch entkommen konnte. Als er am folgenden Morgen ein Polizeiauto kommen sah, erhängte er sich.

Ein 27 Jahre alter Mann sollte wegen Einbruchs festgenommen werden (Festnahme kam ebenfalls überraschend), er stürzte sich sofort aus dem Fenster.

Ein 67-jähriger Rentner schloß sich im Schlafzimmer ein, nachdem er seine Frau mit einem Messer verletzt hatte. Als die Polizei die Tür aufbrach, sprang er aus dem vierten Stock

in die Tiefe.

In allen Fällen lagen zwischen Suizidentschluß und Ausführung weniger als fünf Minuten. In fünf weiteren Fällen wurde der Suizid innerhalb der wenigen Stunden vor der erwarteten Verhaftung bzw. Vernehmung begangen.

Obwohl "physische Krankheiten" als ganz "persönliche Konflikte" dort abgehandelt werden könnten, wurden sie, da sie sich mit 27 % als besonders suizidbelastet für dieses Untersuchungsgut erwiesen, gesondert aufgeführt. K. H. Parnitzke (1961) fand für Magdeburg ähnliche hohe Werte, Bayreuther (1959) für Augsburg nur 4,6 %.

Verglichen mit den anderen Motivkomplexen erscheint dieses Motiv durchsichtig, ja einfühlbar, bei einer Trigeminusneuralgie etwa, oder bei einer Ca-Diagnose. Es bleibt aber immer die Frage, warum der eine jahrelang mit dieser Diagnose lebte, (wie in der Mehrzahl der Fälle), sich zäh ans Leben klammerte (mehrere Operationen) und erst dekompenzierte, als die Schmerzen unerträglich wurden, und der andere sein Leben wegwarf, sobald sich der Verdacht einer malignen Erkrankung bestätigte. Bei chronisch Kranken ist das Problem auch nicht mehr einschichtig: der Patient fühlt sich überflüssig, er sieht sich zunehmend zur Belastung werden (mehrere Abschiedsbriefe haben diese Thematik), er wird empfindlich und provoziert die Angehörigen, den vermeint-

lichen oder tatsächlichen Gesinnungswandel einzugestehen (erst liebevolle Zuwendung, mit der Zeit, wenn Besserung nicht mehr zu erwarten ist, glaubt er, alle warten nur auf sein Ableben). Es sind zumindest in diesen Fällen nicht allein die existentielle Bedrohung, sondern die eigene Ohnmacht und die damit verbundenen Insuffizienzgefühle, die sie den Tod suchen lassen.

"Physische Krankheiten" haben als Einzelmotiv mit 27 % den größten prozentualen Anteil. Es zeigt sich kein Geschlechtsunterschied. Zumeist waren es sehr schwere, lebensbedrohliche Krankheiten, die zum Suizid führten (nur einmal im Gefolge eines Unfalls).

Bei 12 der 91 Fälle stand die Diagnose eines malignen Prozesses fest. Bei acht waren schwere Schmerzzustände das Motiv, bei weiteren acht Personen Asthma. Einmal führte eine Bagatellerkrankung unter bestimmten Umständen zum Suizid: Eine resolute alte Dame (W. A.) von 78 Jahren, die nie krank gewesen war, alle Arbeiten selbst verrichtete und auf niemanden angewiesen sein wollte, lehnte alle Hilfsangebote ab. Als sie akut an Durchfall erkrankte, veränderte sich ganz plötzlich ihre Situation und wurde unübersehbar. Die wenigen hinterlassenen Zeilen machen ihre Ratlosigkeit deutlich:

"Lieber Sohn, lebe wohl, ich habe den Durchfall und brauche

einen Menschen und habe niemand, der mich versorgt und habe keinen Menschen, der mich versorgt. Lebe wohl, ich gehe ins Wasser".

Die "Furcht, schwer krank zu sein", ist nicht sehr häufig zum Motiv geworden, bei Frauen mit 6,5 % aber fast doppelt so oft wie bei Männern. Diese Furcht kann bis zur Phobie gesteigert sein.

Der 58-jährige verheiratete E. E. befürchtete nach einem Herzinfarkt, sein Herz werde einmal plötzlich zu schlagen aufhören. Er beobachtete sich ängstlich, fühlte erst heimlich, später fast ununterbrochen seinen Puls. Besonders abends, wenn er einschlafen sollte, bekam er Angstzustände und Schweißausbrüche. Er äußerte häufig Suizidabsichten, der Suizid erfolgte ein halbes Jahr nach dem Infarkt.

"Vereinsamung, auf Hilfe angewiesen sein". Diese Motivgruppe betrifft vor allem alte Menschen, aber auch junge verwitwete oder geschiedene Männer (F. Böcker wies 1973 eine besonders große Suizidgefährdung für diese Gruppe nach), die unter dem Vakuum, das die Frau hinterläßt, leiden. Häufig machen altersbedingte Krankheiten oder auch nur Gebrechlichkeit die Alten von Hilfe abhängig, die nicht immer gern geleistet wird. Ins Altersheim zu müssen, aus ihrer gewohnten Umgebung gerissen zu werden, wird von alten Menschen

als besonders belastend empfunden.

Das Motiv "Tod oder schwere Krankheit eines Nahestehenden" hat mit etwa 4,5 % für beide Geschlechter keine große Bedeutung. In zwei Fällen wirkten Schuldgefühle, die durch den Suizid nahestehender Personen aufgezwungen wurden, suizidfördernd. In der Regel ist ein Suizid mit dieser Motivation Ausdruck einer besonderen Persönlichkeitsstruktur und einer besonders engen zwischenmenschlichen Beziehung wie im Fall des 42 Jahre alten L. O., dessen Sohn nach einer Appendektomie verstorben war. Der 11-jährige war erst nach langem Zureden seines Vaters ins Krankenhaus gegangen. In der Überzeugung, den Tod des Kindes persönlich verschuldet zu haben, war der Mann total niedergeschlagen und gedrückt. Im Büro bekam er häufig Schwächeanfälle. Auf sein Befinden angesprochen, antwortete er nur seufzend; daß er "während seines ganzen Lebens nicht mehr darüber hinwegkommen werde". Die täglichen Besuche am Grab seines Jungen waren immer sehr ausgedehnt. Genau nach einem Jahr, am Todestag des Jungen, "sühnte" L. seine vermeintliche Schuld.

d. Eine diagnostische Zuordnung ist nicht möglich

Diese letzte Gruppe enthält alle Suizide, die diagnostisch nicht zuzuordnen waren. Bei einem Teil dieser Fälle war das Aktenmaterial zu dürftig, bei anderen konnte trotz sorg-

fältiger Untersuchung, weder Motive noch Ursache geklärt werden. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, spielen dafür soziale Isolation der Selbstmörder oder zurückhaltende Aussagen der Angehörigen eine wesentliche Rolle.

2. Informative Verhaltensweisen und aus der Vorgeschichte bekanntgewordene Suizidversuche

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, wie gefährlich es ist zu glauben, daß Menschen, die ihren Selbstmord ankündigen, diesen nicht ausführen werden (Ringel, Linden, Ruegsegger). Leider ist dieser Irrglaube unter der Bevölkerung so verbreitet, daß Selbstmordabsichten, wenn nicht bald ein Suizidversuch folgt, nicht ernst genommen werden. In manchen Fällen werden diese allerdings jahrelang bei jeder geringfügigen Belastung geäußert ("ich häng mich auf"), weshalb die Umgebung solche Aussprüche als bloße Redewendung auffassen muß, ja, die Angehörigen sogar gegen Suizidversuche abstumpfen. So hatte ein Bauer jahrelang mit Selbstmord gedroht, sich mitunter stranguliert (sein Schwiegersohn mußte ihn an einem Tag dreimal abschneiden), erst 10 Jahre später erhängte er sich.

Die hier gefundenen Aufzeichnungen über Suizidabsichten sind aus mehreren Gründen unvollständig, und die ange-

gegebenen Zahlen liegen vermutlich weit unter den tatsächlichen Werten:

1. Von den Angehörigen werden geäußerte Suizidabsichten nur ungern zugegeben, sei es aus Schuldgefühlen oder aus Angst, sich den Vorwurf der unterlassenen Sorgfalt gefallen lassen zu müssen.
2. Bei Fällen, die sozusagen auf den ersten Blick als Suizid zu erkennen waren, war wenig beziehungsweise gar nichts über die Vorgeschichte zu erfahren.
3. In manchen Fällen war vermerkt: "Suizidabsicht nie geäußert", in allen übrigen, bei denen weder positive noch negative Vermerke waren, blieb es offen, ob Suizidabsichten nicht geäußert oder nur nicht ermittelt worden waren.

Die Beantwortung dieser Frage interessiert den Polizeibeamten relativ wenig, wenn die Sachlage kriminalistisch geklärt ist.

4. Oft konnte bei einem Selbstmörder niemand über dessen Person und sein Verhalten vor dem Suizid befragt werden, wenn er sozial vollkommen isoliert war. Sofern keine Briefe hinterlassen wurden (bei dieser Gruppe sehr selten - wer sollte sie lesen?), blieb auch das Motiv im Dunkeln. Bei den Diagnosen stellen sie den Hauptanteil in der Gruppe: "Eine diagnostische Zuordnung ist nicht möglich".

In der Folge soll eine Begriffsbestimmung klären, was mit den Bezeichnungen "direkte Suizidabsichten", indirekte Suizidabsichten und suizidales Verhalten ausgesagt werden soll.

Direkte Suizidabsichten:

Unmißverständliche Äußerungen, oft mit Angabe der zu verwendenden Methode: "ich häng' mich auf", "ich geh' ins Wasser" oder schlicht "ich bring' mich um" usw.

Indirekte Suizidabsichten:

"Das Leben hat keinen Wert mehr", "ich brauche nichts mehr" "mich siehst Du nicht mehr", "es wird etwas passieren", "ich halte es nicht mehr aus", "der nächste Anruf kommt aus dem Himmel", "ich hab' mir schon ein Plätzchen am Friedhof ausgesucht" usw., es sind Äußerungen, die, im Zusammenhang gesehen, durchaus eindeutig sein können.

Direkte Suizidabsichten und indirekte Suizidabsichten überschneiden sich nicht; wenn beide Äußerungen vorkamen, wurden nur die direkten Suizidabsichten gezählt. Suizidales Verhalten ist fast immer mit direkten Suizidabsichten kombiniert.

Suizidales Verhalten:

Erregungszustände; hastige Suizidvorbereitungen und beginnende Ausführung, Zeigen und mit sich Herumtragen des Selbstmordmittels, z. B. geknüpfter Strick, Gift, Messer usw.

	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Direkt geäußerte Suizidabsichten	104	34	57	30	161	32
Indirekt geäußerte Suizidabsichten	40	13	32	17	72	15
Suizidales Verhalten	14	4,5	10	5,5	24	5
Informative Verhaltensweisen insgesamt	158	51,5	99	52,5	257	52
Suizid ohne Ankündigung	149	48,5	90	47,5	239	48
zusammen	307	100	189	100	496	100
Hinterlassene Briefe	69	22,5	53	28	122	23
Frühere Suizidversuche	72	23,5	55	29	127	24

Tabelle 15: Informative Verhaltensweisen, hinterlassene Briefe und frühere Suizidversuche von 307 männlichen und 189 weiblichen Personen

Im statistischen Teil haben wir jeweils 330 männliche und 200 weibliche Personen untersucht. Die Differenz zu den Zahlen in Tabelle 15 erklärt sich aus der Tatsache, daß uns für 23 Männer und 11 Frauen zwar die statistischen Daten zur Verfügung standen, die dazugehörigen Akten jedoch bereits vernichtet waren.

In der vorliegenden Untersuchung ließen sich direkte Suizidabsichten in 32 % der Fälle nachweisen. Dabei zeigte sich zwischen Männern (34 %) und Frauen (30 %) nur ein geringer Unterschied. Indirekte Suizidabsichten wurden von 15 % der untersuchten Personen geäußert. Bei dieser Form der Ankündigung überwiegen die Frauen mit 17 %.

Die 41 Jahre alte verheiratete E. G. erklärte immer wieder, daß sie einmal auf der Höhe ihres Lebens abtreten werde. Sie hatte bereits zwei Suizidversuche ausgeführt (einmal Schneiden, einmal Vergiften), dennoch nahmen weder ihre Kinder noch ihr Ehemann diese Andeutungen ernst. Sie vergiftete sich mit Tabletten und Auspuffgasen.

Von den 233 Personen, die direkte und indirekte Suizidabsichten ankündigten, richteten 150 Personen ihre "Hilferufe" an enge Familienangehörige, 64 Personen an Bekannte und Fremde, 13 Personen an ihren behandelnden Arzt. Bei 6 Personen wurden Außenstehende mehr zufällig Zeuge ihrer

Äußerungen, wie zum Beispiel bei einer 87 Jahre alten Rentnerin. 1 Jahr vor dem Suizid war ihr Gatte gestorben, seit damals war sie schwermütig. Am Suizidtag wurde sie von Passanten gesehen wie sie murmelnd durch die Stadt ging: "Wenn man nur sterben könnte!"

Ihre, wie auch die Äußerungen des 81 Jahre alten Rentners H. A., sind unter indirekten Suizidabsichten zu finden. Dieser lag wegen Prostatacarcinom im Krankenhaus. Seine Tochter besuchte ihn häufig und fragte ihn jedesmal, womit sie ihm eine Freude machen könne. Er hat dann stets um einen Strick als Mitbringsel gebeten.

Wenn auch in den meisten Fällen von den Suizidwilligen nicht beabsichtigt, so war doch die Umgebung nicht allein durch verbale Äußerungen gewarnt, wie in obigen Beispielen. Durchschnittlich 5 % der Selbstmörder (zwischen Männern und Frauen besteht wieder nur ein unbedeutender Unterschied) legten suizidales Verhalten im Sinne der oben gebrachten Definition an den Tag. Daß selbst in solchen Fällen die Angehörigen eine unbeschreibliche Indolenz bewiesen, wirft ein Schlaglicht auf die Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Suizidprophylaxe auftauchen.

Besonders krass waren die Umstände der Selbsttötung eines 83 Jahre alten Rentners, der auf dem Hof seiner Tochter wohnte und dort ein gutes Auskommen hatte. 6 Wochen vor

seinem Suizid erfuhr er, daß seine Rente gekürzt werden sollte. Er lief tagelang mit einem Strick herum, probierte dessen Befestigung am Stieggeländer und erklärte immer wieder "ich häng mich auf". Seine Tochter gewöhnte sich offenbar an diesen Zustand. 6 Wochen später fand eine Nachbarin den Greisen, der sich gerade am Fensterkreuz stranguliert hatte. Die Tochter schnitt ihn ab und begnügte sich damit, den Strick unter dem Sofa zu verstecken. Bei einem erneuten Strangulationsversuch am folgenden Tag kam jede Hilfe zu spät.

In einem anderen Fall wurde der Suizid vor den Augen von 2 Personen begangen, ohne daß diese auch nur den Versuch machten, die Tat zu verhindern. Es ist dies einer der Fälle, bei denen auffälliges Verhalten die Umgebung hätte aufmerksam machen und zu Gegenmaßnahmen herausfordern müssen.

Ein junges Mädchen hatte sein Verhältnis zu dem verheirateten B. K., 42 Jahre, gelöst, weil dieser ihr "untreu" war. B. besuchte seine Frau immer wieder, um die Kinder zu sehen, an denen er sehr hing. Er ging in die Wohnung der Freundin, um sie umzustimmen, traf dort aber nur deren Bruder und Mutter an. B. diktierte dem Bruder 3 Abschiedsbriefe (an seine Freundin, an seine 2 Kinder und an einen Geschäftspartner). Die Mutter holte er aus dem Bett, damit sie als Zeugin bei der Unterschrift der Briefe fungieren sollte. Er selbst trank während des Diktierens laufend Bier und

nahm immer wieder einen Schluck aus einem Glas, in dem er 20 Tabletten aufgelöst hatte. Die Mutter ging ins Bett mit den Worten: "Mach bloß keinen Blödsinn". Der Bruder ließ ihn widerstandslos ins Auto einsteigen in der Meinung, daß B. dort seinen Rausch ausschlafen wolle. B. kam aber irgendwie nach Hause, versperrte die Wohnungstür und verlangte, die Kinder ein letztes Mal zu sehen. Seine Frau holte erst Hilfe, als er bewußtlos wurde und sie keinen Widerstand mehr befürchten mußte.

23,5 % der Männer und 29 % der Frauen hatten in ihrer Anamnese einen oder mehrere Suizidversuche. 3 Personen hatten vor ihrem Suizid 5 Suizidversuche ausgeführt.

IV Zusammenfassung

Abschließend seien hier die wesentlichen Ergebnisse unserer Untersuchung aufgeführt. Wir haben in eng benachbarten Gebieten ganz unterschiedliche Verhältnisse, aber auch Gemeinsamkeiten, gefunden, die sich in der Höhe der Suizidziffern ausdrücken.

In allen Kollektiven sind die Männer häufiger am Suizid beteiligt als die Frauen.

Wir haben 330 Selbstmorde bei Männern und 200 bei Frauen untersucht. Mit steigendem Lebensalter nimmt die Suizidziffer bei beiden Geschlechtern zu.

Die Stadt Hof weist mit 30 Suiziden/100 000 Einwohnern die höchste Selbstmordfrequenz auf und liegt damit auch weit über dem Bundesdurchschnitt von 20 Suiziden/100 000 Einwohnern. Wir führten dies auf die besondere Berufsstruktur (fast nur Arbeiter), schlechtere Ausbildungsmöglichkeiten für die Jugendlichen, vermehrte Berufstätigkeit der Frauen, Zugehörigkeit zur evangelischen Kirche und auf die starke Überalterung der Bevölkerung und den Lebensraum "Stadt" zurück. In Hof wurden außerdem -wir haben dafür keine Erklärung- die brutalen Suizidmethoden bevorzugt angewendet.

Dagegen war in Erlangen eine deutliche Neigung zu den weichen Methoden zu verzeichnen. Erlangen kam damit in diesem Punkt den Verhältnissen der Großstadt Köln sehr nahe. Bei der Gegenüberstellung der angewandten Methoden in Köln zu denen der eigenen Untersuchung ergab sich eine deutliche Bevorzugung der harten Methoden bei unseren Suizidenten. Dahm und Händel fanden ähnliche, geringfügig höhere, Werte (für die brutalen Methoden) in einem rein ländlichen Gebiet.

Erlangen hat die zweithöchste Suizidziffer (23/100 000) unserer Kollektive. In diesem Kollektiv zeigte sich eine relativ große Annäherung der Suizidraten der Frauen an die der Männer.

Die Gruppe der Studenten in Erlangen erwies sich als besonders suizidgefährdet. Die meisten waren durch ihr Studium überfordert. Eine verantwortungsvolle Berufsberatung, die sich mehr nach den Fähigkeiten der jungen Menschen und weniger nach dem Ehrgeiz der Eltern oder den augenblicklichen Forderungen der Wirtschaft ausrichtet, würde sicher positiv im Sinne der Suizidprophylaxe wirken.

Als wichtiges Ergebnis werten wir, daß strukturell ähnliche Gebiete auch nahezu gleiche Suizidziffern aufweisen. So haben wir im Landkreis Erlangen (ein sehr kleiner Landkreis, der sich um das Stadtgebiet Erlangens zentriert, wirtschaft-

lich auf Erlangen ausgerichtet ist und die gleiche Religionsverteilung hat) die Suizidziffer 21/100 000 und ganz ähnliche Verhältnisse in der Geschlechts- und Altersverteilung und der Berufsstruktur gefunden.

Die Kleinstadt Forchheim und der rein ländliche Landkreis Forchheim wiesen mit 15 Suiziden bzw. 12 Suiziden/100 000 Einwohnern die niedrigsten Suizidziffern auf. Sie liegen damit auch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Folgende Faktoren, deren Gewicht im einzelnen schwer abzuschätzen ist, wirken hier als suizidsenkende Faktoren zusammen:

- a) Der Lebensraum "Kleinstadt" bzw. "Land",
- b) die undifferenzierte Tätigkeit in ländlichen Berufen, die seltener zu Konflikten und Insuffizienzgefühlen führt,
- c) das seltenere Auftreten sozialer Isolation -auch der alte Mensch bleibt auf dem Land noch in die Gesellschaft eingegliedert und
- d) 75 % der Bevölkerung gehören in diesen ländlichen Gebieten zur katholischen Kirche.

Die Landwirte des Landkreises Forchheim zeigten eine bemerkenswert geringe Suizidgefährdung, die Suizidziffer der Männer über 65 Jahre war auffallend niedrig.

Bei der Untersuchung des Familienstandes fanden wir eine geringe Suizidgefährdung für Ledige und Verheiratete. Die Verwitweten hatten in den Überwiegend katholischen Gebieten Forchheim und Landkreis Forchheim besonders niedrige Suizidziffern, obwohl die Suizidfrequenz bei dieser Familienstandsgruppe in den anderen Kollektiven sehr hoch war. Es ist allerdings nicht nur die Religionszugehörigkeit wirksam, auch andere Faktoren wie Lebensraum, Alter -bei Verwitweten handelt es sich ja meist um ältere Menschen- und Geschlecht (die Männer sind stärker gefährdet) haben ihren Einfluß. Die Geschiedenen wiesen in allen Kollektiven die höchsten Suizidziffern auf. Als wichtigstes Ergebnis in diesem Komplex werten wir, daß die Suizidfrequenz mit zunehmender Größe der Stadt abnimmt. Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen, das Geschlecht wirkt sich also kaum aus.

Die Überprüfung, ob für die Flüchtlinge und Heimatvertriebene wegen der Entwurzelung, dem Verlust der Heimat, ein erhöhtes Suizidrisiko gegeben ist, erbrachte erstaunlicherweise keine höhere Beteiligung der Flüchtlinge am Suizid, als ihrem prozentualen Anteil in der Normalbevölkerung entspricht. Die Suizidziffern der Flüchtlinge lagen zum Teil niedriger als die der einheimischen Bevölkerung.

Auf Grund von endogener Depression, Schizophrenie, körperlich begründbaren seelischen Störungen und depressiven Syndromen

im höheren Lebensalter kam es bei 32 % unserer Untersuchten zum Suizid.

Bei vielen war die Diagnose bekannt, und eine fachärztliche Behandlung wäre dringend erforderlich gewesen. Ein schwer auszurottendes Vorurteil hindert aber viele Kranke, noch mehr deren Verwandte, die Hilfe eines Nervenarztes in Anspruch zu nehmen. Die Vorstellungen vom "Irrenhaus" mit Gummizellen und Zwangsjacken sind zu tief verwurzelt. Eine Geisteskrankheit in der Familie wird auch heute noch als Makel angesehen!

Die große Suizidgefahr, die bei den psychisch Erkrankten immer gegeben ist und die der Laie nicht einschätzen kann, muß den Hausarzt veranlassen, falsche "Rücksichten" im Interesse des Patienten hintanzustellen und gegebenenfalls eine Unterbringung in einer Nervenheilanstalt zu erzwingen. Niemals darf man bei den Kranken auf affektive Bindungen vertrauen, auch sollte eine einmal beschlossene Anstaltsunterbringung sofort realisiert werden, da die Kranken oft die Zeitspanne bis zur stationären Aufnahme zum Suizid zu nutzen versuchen.

Für die psychotischen Suizide könnte man ein etwa gleich häufiges Vorkommen in den einzelnen Kollektiven erwarten. Durchschnittlich fielen 32 % der Suizide unter diese Diagnose, wobei Hof mit 10 % deutlich unter diesem Mittelwert liegt. Dieses Ergebnis ist jedoch schwer zu beurteilen, weil

bei einem Teil der Untersuchten zwar die Personenstandsdaten zur Verfügung standen, das Aktenmaterial jedoch bereits vernichtet worden war. Aus dem gleichen Grund ist auch der übermäßig hohe Anteil von 60 % "reaktiver" Suizide mit Vorbehalt zu betrachten. Wir glauben jedoch feststellen zu können, daß in den Städten der 'reaktive' Suizid häufiger vorkommt als auf dem Land. Nach Hof folgen Erlangen mit 40 %, Forchheim mit 32 % und der Landkreis Erlangen mit 24 %, im Landkreis Forchheim fanden wir sogar nur 19 % reaktive Suizide.

Die Selbstmordhandlungen bei reaktiven Suiziden haben häufig noch Appellcharakter. Bei 24 % der Menschen, die später Suizid ausführten, war ein Suizidversuch aus der Vorgeschichte bekannt. Allein an dieser hohen Zahl kann die große Rezidivgefahr abgelesen werden. Sie besteht vor allem dann, wenn die Suizidhandlung nicht zur Lösung der Probleme beitrug bzw. der "Todeswunsch" durch mangelnde Resonanz von seiten der Angehörigen noch verstärkt wurde.

Die reaktiven Suizide waren in 34,5 % Reaktionen auf Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen. Zum häufigsten Motiv wurden Eheprobleme, was die Folgerung nahelegt, daß eine wirksame Suizidprophylaxe durch den verstärkten Ausbau von Eheberatungsstellen geleistet werden könnte.

Die hohe Rezidivgefahr zwingt zu der Forderung, daß jeder,

der einen Suizidversuch ausführte, einem Nervenarzt vorgestellt werden muß, der dann gegebenenfalls die weiteren Richtlinien der Behandlung festlegt.

52 % der Selbstmörder haben ihre Absicht, sterben zu wollen, in irgendeiner Form angekündigt. Bedauerlicherweise fanden diese "Hilferufe" -viele Selbstmörder suchen in diesem Stadium noch nach Alternativen- selten Beachtung. Dies resultiert oft aus dem Irrglauben, daß Menschen, die ihren Suizid ankündigen, diesen nicht ausführen werden. Hier wurden sehr viele Möglichkeiten, Suizide zu verhindern vertan. Neben der gezielten Aufklärung der Bevölkerung über diese Zusammenhänge wäre eine Erziehung zu größerem Verantwortungsgefühl für den Mitmenschen zu fordern.

Alkoholismus spielte in unserem Untersuchungsgut eine wesentliche Rolle, es standen 26,5 % der Männer während der Suizidhandlung unter Alkoholeinfluß, gleichgültig ob die letzten Barrieren abgebaut wurden im Rahmen der Sucht oder nur unter dem zeitweiligen enthemmenden Einfluß des Alkohols.

Nach den hier gesammelten Erfahrungen erscheint bei den in besonderem Maße gefährdeten Alkoholikern eine Suizidprophylaxe als nahezu aussichtslos. Ist es erst einmal zur Sucht gekommen, wird die Einstellung der Familie dem Trinker gegenüber oft so ablehnend, daß der Suizid als Erlösung betrachtet wird. Man kann in diesen Fällen nicht

auf die Mithilfe der Angehörigen bei der Verhinderung eines Suizids rechnen. Die Prophylaxe muß also darin bestehen, daß man den Alkoholismus als solchen bekämpft.

Nie ist es die Reue, die beim Alkoholiker zum Selbstmord führt, es sind vielmehr die Begleitumstände wie Ehekonflikte, finanzielle und soziale Probleme, familiäre Auseinandersetzungen und physische Krankheiten.

Wir hatten bisher folgende Zielgruppen der Suizidprophylaxe angeführt: die Verwitweten und Geschiedenen, die Studenten, die psychisch Kranken, Menschen, die früher schon einen Suizidversuch ausgeführt haben.

Als letzte, sehr wichtige Gruppe sind die betagten Menschen zu nennen. Wir dürfen nicht glauben, daß es sich beim Alterssuizid um die freie Wahl eines Lebensmüden handelt, der damit seinen Leiden selbst ein Ende setzt.

Häufig sind körperlich begründbare Psychosen, hervorgerufen durch zerebrovaskuläre Veränderungen, der Grund, daß alte Menschen Hand an sich legen. Oft nehmen körperliche Gebrechen wie Gehbehinderung, eingeschränktes Hörvermögen und verminderte Sehkraft dem alten Menschen jede Lebensfreude. Sie geraten dadurch in eine Isolation, aus der sie ohne fremde Hilfe nicht mehr herausfinden.

Die Ansicht, daß die Alten vor allem Ruhe brauchen, ist in vielen Fällen falsch. Vielmehr brauchen sie eine Auf-

gabe, die sie ausfüllt.

Eine beweglichere Handhabung der Altersgrenze bei der Pensionierung wäre neben der Verbesserung der medizinischen und sozialen Betreuung der Alten ein Beitrag, die Suizidgefahr zu senken. Durch die Fortschritte in der Geriatrie wird die Lebenserwartung immer weiter heraufgesetzt - das Altenproblem damit immer dringlicher. Hier bieten sich gerade dem Laien viele Möglichkeiten, durch mitmenschliche Wärme und Kontaktfreudigkeit im Sinne der Suizidprophylaxe zu wirken.

Literaturverzeichnis:

- Asuni, T.: Brit. Med. J. 2, 1091 - 97, 1962
- Bappert, W.: Münch. Med. Wschr. 104, 2408, 1962
- Bayreuther, H.: Arch. Psychiat. u. Nervenkrankenh. 199, 72, 1959
- Bochnik, H. J.: Verzweiflung. In: Randzonen menschlichen Verhaltens. Enke, Stuttgart, 1962
- Böcker, F.: Veränderungen der Selbstmordkurven verschiedener Bevölkerungsgruppen. Nervenarzt, 43, 574, (1972)
- Böcker, F.: Der Einfluß der Religionszugehörigkeit auf Suizid und Suizidversuch. Med. Welt. 22 (N. F.), 566 (1971)
- Böcker, F.: Suizide u. Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln
6. Thieme, Stuttgart 1973
- Boor, W. de Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatr. 17, 483-503, 1949
- Dahm, K. und K. Händel Untersuchungen über Selbstmorde und Selbstmordversuche in einem ländl. Bevölkerungsgebiet. Mat. Med. Nordmark, 63, Uetersen 3/1970

- Dotzauer, G. .
H. Goebels und
H. Legewie Münch. Med. Wschr. 105, 973, 1963
- Dubitscher, F.: Der Suicid. Thieme, Suttgart,
1957
- Durkheim, E.: Le Suicide, Paris 1897
- Ellenberger, H.: Mschr. Psychiat. u. Neurol.
125, 347, 1953
- Faberow, N. L. und
E. S. Schneidmann: The cry for Help, McGraw-Hill
1961
- Feudell, P.: Psychiat. Neurol. u. med.
Psychol. 4, 147, 1952
- Gaupp, R.: Über den Selbstmord.
z. vermehrte Auflage, Otto
Gmelin, München 1910
- Gruhle, H. W.: Selbstmord G. Thieme, Leipzig
1940
- Linden, K. J.: Der Suicidversuch. Versuch einer
Situationsanalyse. F. Enke, Stutt-
gart 1969
- Lungershausen, E.: Selbstmorde und Selbstmordver-
suche bei Studenten. Dr. Alfred
Hüthig Verlag, Heidelberg
- Parnitzke, K. H.: Psychiat. Neurol. u. med.
Psychol. 13, 397, 1961
- Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suicidalität.
Hans Huber, Bern, 1968

- Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Brüder Hollinek, Wien, 1961
- Rost, H.: Bibliographie des Selbstmordes, Augsburg 1927
- Rüegsegger, P.: Psychiat. et. Neurolog. (Basel) 146, 81, 19
- Sainsbury, P.: Suicide in London
Mandsley Monograph Number One
Chopman and Hall Ltd. London 1955
- Sainsbury, P.: Geront. clin. 4, 161 - 70, 1962
- Schipkowensky, N.: Psychiat. Neurol. u. med. Psychol. 15, 226, 1963
- Stengel, E.: Neue Tendenzen der Selbstmordforschung. Dommenta Geigey 1965
- Stengel, E.: Selbstmord u. Selbstmordversuch.
S. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- Thomas, L.: Handbuch der Selbstmordverhütung.
Enke, Stuttgart, 1964
- Wieck, H. H.: Lehrbuch der Psychiatrie.
F. K. Schattauer, Stuttgart, 1967
- Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung.
Akademische Verlagsgesellschaft
Frankfurt a. M., 1965

Lebenslauf

Am 14. August 1945 wurde ich als drittes Kind des Arbeiters Josef Pachner und seiner Ehefrau Maria, geborene Leitner, in Lindner/Waldhäuser, Kreis Kaplitz (CSSR), geboren. Nach unserer Ausweisung durch die tschechischen Behörden 1946 verbrachte ich die nächsten Jahre in Ronsberg im Allgäu. Dort besuchte ich von 1951 bis 1958 die Volksschule, anschließend das Deutsche Gymnasium in Weißenhorn und Marktoberdorf, wo ich 1965 das Reifezeugnis erwarb.

Im Wintersemester 1965/66 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg. Hier legte ich im Februar 1967 das Vorphysikum und am 8. November 1968 das Physikum ab. Am 16. März 1972 bestand ich in Erlangen das medizinische Staatsexamen.

Seit dem 9. Oktober 1970 bin ich verheiratet mit Herrn Dr. med. Walter Schierl. Am 1. Oktober 1972 trat ich meine Stellung als Medizinalassistentin in Mindelheim an.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogt, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990